



Nombre de la Licenciatura a la que solicita la Reinscripción

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4929 or visit www.cancer.gov.

Sistema al que está Incorporado o con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios la Licenciatura

Marque con una X: UAEMéx. () SEP () SEGEM () UNAM ()

DATOS DEL ESTUDIANTE

No. de Cuenta: _____ Cuatrimestre/Semestre/ Año/ Periodo a cursar: _____ Grupo anterior: _____

Nombre: _____

Género: (M) (F) Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Calle _____ No. _____ Colonia ó Localidad _____

Municipio o Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono casa
--------------------	--------	---------------	---------------

Teléfono celular _____ Correo Electrónico: _____

Facebook: _____ **Twitter:** _____

PROTESTO RESPETAR LA NORMATIVIDAD APLICABLE AL PROGRAMA ACADÉMICO AL QUE ME REINSCRIBO, EL REGLAMENTO GENERAL, ACUERDOS GENERALES Y ESPECIALES QUE ESTABLEZCA LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C. CUMPLIR ESTRICULTAMENTE LAS OBLIGACIONES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS, OBSERVAR LA DISCIPLINA DEL PLANTEL Y HACER HONOR ANTE TODO TIEMPO Y LUGAR A ESTA UNIVERSIDAD.

CONFIRMO QUE HE LEIDO, QUE ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL AVISO DE PRIVACIDAD PARA ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.

CONFIRMO QUE HE REVISADO Y CONOZCO MI SITUACIÓN ACADÉMICA DE CONFORMIDAD A LA TRAYECTORIA IMPRESA AL REVERSO DE ESTA SOLICITUD.

Ixtlahuaca, Méx. a ____ de _____ de _____

Nombre completo y Firma del Estudiante

USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN ACADÉMICA	
NOMBRE, FIRMA Y FECHA DE QUIEN AUTORIZA	FECHA DE DEVOLUCIÓN

CONTROL ADMINISTRATIVO		
Fecha de pago: _____ / _____ / _____ Día Mes Año	Sello de pagado	