



Nombre de la Licenciatura a la que solicita la Reinscripción			
Sistema al que está Incorporado o con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios a Licenciatura			
Marque con una X : UAEMéx. () SEP () SECTI() UNAM ()			
DATOS DEL ESTUDIANTE			
No. de Cuenta:_____ Cuatrimestre/ Año/ Periodo a cursar:_____ Grupo anterior: _____Turno:_____			
Nombre:_____			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombre(s)	
Género: (M) (F) Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____ Estado Civil:_____			
Día Mes Año			
Domicilio:_____			
Calle		No.	
		Colonia ó Localidad	
Municipio o Ciudad		Estado	
		Código Postal	
Teléfono celular_____		Teléfono casa_____	
Correo Electrónico: _____			
Facebook:_____		Instagram: _____	

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 EstrictAMENTE 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 ENTREGA EN DIRECCIÓN ACADÉMICA
CONTROL ADMINISTRATIVO	
Fecha de pago: _____/_____/_____	Sello de pagado
Día Mes Año	