** SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:**

**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

 **INFORMACIÓN PERSONAL** (Para ser llenado por el alumno): **NIVEL SUPERIOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre (s): | Matrícula: |
| Lugar de nacimiento: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /   |
| CURP: | Nacionalidad: | Estado Civil: | Sexo:Femenino Masculino |
|  DOMICILIO: | Teléfono casa: |
| Calle: | Número exterior/interior: | Teléfono trabajo: |
| Colonia: | Código Postal: |  Celular: |
| **Correo electrónico:** | Red social (facebook, twitter): |
| **En caso de emergencia localizar a (nombre): Teléfono casa:****Dirección: Celular:** |

**INFORMACIÓN ESCOLAR:**

|  |
| --- |
| Periodo del semestre a reingresar: Agosto-Diciembre 20 Enero- Junio 20 Semestre No. Carrera: |

.

**Para ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de afiliación a seguridad social:** | **Número de certificado de seguro de vida, accidentes personales y gastos médicos:** |

**Deberá ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica** (marcar con una X)

|  |
| --- |
| **Recibo de Pago de Servicios:** |
|  | 2º Semestre |  | 7º Semestre |  | 12º Semestre |
|  | 3º Semestre |  | 8º Semestre |  | 13º Semestre |
|  | 4º Semestre |  | 9º Semestre |  | 14º Semestre |
|  | 5º Semestre |  | 10º Semestre |  | 15º Semestre |
|  | 6º Semestre |  | 11º Semestre |  | 16º Semestre |

|  |  |
| --- | --- |
| Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos proporcionados son verdaderos. Asimismo, me comprometo a:a). Conocer y cumplir con lo establecido en la Legislación Universitaria, Planes de Estudios, procedimientos y otros preceptos aplicables de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. b). Acepto y autorizo a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, para que a través del correo electrónico proporcionado en el presente documento, me sea enviada cualquier tipo de notificación (bajas definitivas, bajas temporales, etc.).c). Hacer del conocimiento en tiempo y por escrito a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, cualquier cambio o modificación de los datos proporcionados en este formato.Firma del alumno Cuernavaca, Morelos a de de  | \*\*Nombre y firma de los Responsables de la Unidad Académica, de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento:\*\*De conformidad a lo establecido en el Artículo 117 Fracción VIII del Estatuto Universitario y demás relativos y aplicables de la UAEM.  |
| Nombre y firma del Director | Nombre y Firma del Jefe o Responsable de Control Escolar |

**Los datos personales recabados por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, están protegidos de conformidad a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Morelos.**

**Nota: La presente solicitud deberá ir acompañada de los requisitos establecidos en la Legislación vigente de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.**