



Universidad Autónoma del Estado
de Morelos

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN:



Facultad de Medicina

INFORMACIÓN PERSONAL (Para ser llenado por la (el) alumna(o)):

NIVEL SUPERIOR

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre (s):	Matrícula:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /	
CURP:	Nacionalidad:	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO:			Teléfono casa:
Calle:	Número exterior/interior:	Teléfono trabajo:	
Colonia:	Código Postal:	Celular:	
Municipio:	Estado:	Correo electrónico:	
En caso de emergencia localizar a (nombre):			Teléfono casa:
Dirección:			Celular:

INFORMACIÓN ESCOLAR

Deberá ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica

Periodo del semestre a ingresar:	enero-junio 2024 <input type="checkbox"/>	agosto-diciembre 2024 <input type="checkbox"/>
Programa Educativo: Licenciatura en Médico Cirujano		
Número de afiliación a seguridad social:	Número de certificado de la póliza del seguro de vida y accidentes personales:	
Nota: es obligatorio que la (el) alumna(o) llene la Encuesta de Becas y Seguros		

DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE QUE SE ANEXAN AL PRESENTE (marcar con una X)

Ingreso por Examen de Selección	Ingreso por Equivalencia o Revalidación de Estudios:
Acta de Nacimiento	Acta de Nacimiento
CURP (puede ser el que se imprime de la página de la Secretaría de Gobernación)	CURP (puede ser el que se imprime de la página de la Secretaría de Gobernación)
Ficha del Examen de Selección	Certificado Total de Estudios de Bachillerato
Certificado Total de Estudios de Bachillerato	Recibo de pago por Revalidación Total del Bachillerato (cuando sean estudios del extranjero)
Recibo de pago por Revalidación Total del Bachillerato (cuando sean estudios del extranjero)	Documento Migratorio autorizado por la Secretaría de Gobernación (revisado previamente por el Departamento de Movilidad Estudiantil)
Documento Migratorio autorizado por la Secretaría de Gobernación (revisado previamente por el Departamento de Movilidad Estudiantil)	Recibo de Pago de Servicios
Recibo de Pago de Servicios	Recibo por concepto de Equivalencia o Revalidación (Licenciatura)
	Resolución de Equivalencia o Revalidación de Estudios (Licenciatura)
	Certificado Parcial de Estudios Origen (estudios anteriores de Licenciatura)

<p>Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos proporcionados son verdaderos.</p> <p>Asimismo, me comprometo a:</p> <p>a). Conocer y cumplir con lo establecido en la Legislación Universitaria, Planes de Estudio, procedimientos y otros preceptos aplicables de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.</p> <p>b). Aceptar y autorizar a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, para que, a través del correo electrónico señalado en el presente documento y el que me proporcione la Institución, me sea enviada cualquier tipo de notificación (bajas definitivas, bajas temporales, etc.).</p> <p>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 esta solicitud de inscripción.</p> <p>Firma de la (del) alumna(o) (en caso de ser menor de edad deberá firmar alguno de sus padres o tutor)</p> <p>Cuernavaca, Morelos a de de</p>	<p>Nombre y firma de las (los) Responsables de la Unidad Académica, de la revisión y cotejo de la información plasmada en el presente documento:</p> <p>De conformidad a lo establecido en los Artículos 87 fracción VIII y 118 Fracción VIII del Estatuto Universitario y demás relativos y aplicables de la Legislación Universitaria de la UAEM.</p>			
	<table border="1"> <tr> <td>Nombre y firma de la persona titular de la Unidad Académica o de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Directivo del Instituto</td> <td>Nombre y firma de la (del) Responsable de Control Escolar</td> </tr> <tr> <td>Dra. Graciela Jiménez Santana Encargada de Despacho de la Dirección</td> <td>L. A. Rosa María González Delgado</td> </tr> </table>	Nombre y firma de la persona titular de la Unidad Académica o de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Directivo del Instituto	Nombre y firma de la (del) Responsable de Control Escolar	Dra. Graciela Jiménez Santana Encargada de Despacho de la Dirección
Nombre y firma de la persona titular de la Unidad Académica o de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Directivo del Instituto	Nombre y firma de la (del) Responsable de Control Escolar			
Dra. Graciela Jiménez Santana Encargada de Despacho de la Dirección	L. A. Rosa María González Delgado			

La información obtenida a través de la presente solicitud, será utilizada con fines de control escolar, misma que es de carácter confidencial de conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Morelos y demás normativa aplicable.

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