



### SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN:



**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

**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:	
<b>En caso de emergencia localizar a (nombre):</b>			<b>Teléfono casa:</b>
<b>Dirección:</b>			<b>Celular:</b>

**INFORMACIÓN ESCOLAR**

Deberá ser llenado exclusivamente por la Unidad Académica

Periodo del semestre a reingresar:	enero-junio 2024 <input type="checkbox"/>	agosto-diciembre 2024 <input type="checkbox"/>	Semestre No. <input type="checkbox"/>
Programa Educativo: <b>Licenciatura en Médico Cirujano</b>			
Número de afiliación a seguridad social:		Número de certificado de la póliza del seguro de vida y accidentes:	

(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

<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 reinscripción.</p> <p style="text-align: center;">Firma de la (del) alumna(o) (en caso de ser menor de edad deberá firmar alguno de sus padres o tutor)</p> <p style="text-align: center;">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><small>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.</small></p>
	<p>Nombre y firma de la persona titular de la Unidad Académica o de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Directivo del Instituto</p> <p>Dra. Graciela Jiménez Santana Encargada de Despacho de la Dirección</p>

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.