



**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN DE LICENCIATURA
ENERO – JUNIO 2025**

No. Control: _____

NOMBRE: _____

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE (S)

LUGAR DE NACIMIENTO: LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CURP: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

CALLE

NÚMERO

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ ESTADO CIVIL: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE: _____ SEXO: _____

PARENTESCO: _____ OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

CALLE

NÚMERO

COLONIA

CP

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

TELÉFONO CELULAR Y/O DE CASA: _____

DATOS DE ESCOLARIDAD

FECHA DE REINSCRIPCIÓN: _____

CARRERA: _____

SEMESTRE Y GRUPO: _____

ESPECIALIDAD (EN CASO DE QUE LE APLIQUE): _____

NOMBRE DEL PROYECTO DE RESIDENCIA PROFESIONAL (EN CASO DE QUE LE APLIQUE): _____

SEGURIDAD SOCIAL QUE LE APLICA () IMSS () ISSSTE () OTRO ¿CUÁL? _____

FIRMA DEL (LA) ESTUDIANTE: _____

