



**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN DE POSGRADO
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 INSTITUCIONAL Y PERSONAL: _____

TELÉFONO FIJO: _____

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: _____

POSGRADO EN: _____

SEMESTRE Y GRUPO: _____

LÍNEA DE APLICACIÓN Y GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO: _____

NOMBRE DE TESIS (EN CASO DE QUE LE APLIQUE) : _____

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

FIRMA DEL (LA) ESTUDIANTE: _____

