



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
DE LOS VALLES CENTRALES DE OAXACA

Código: **FOR-REINS-04-A**

Revisión: **2**

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

Página 1 de 1

FECHA: ___ DE ___ DE 20___

DATOS DEL ALUMNO

CARRERA: _____ MATRICULA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ AÑOS
Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE: _____
Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ TEL. EMERGENCIA _____

LENGUA INDIGENA SI () NO () ¿CUAL? _____

ALGUNA DISCAPACIDAD SI () NO () ¿CUAL? _____

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DE
SERVICIOS
ESCOLARES