

	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS VALLES CENTRALES DE OAXACA	Código: _____ Revisión: _____
	SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INGENIARIA/LICENCIATURA	Página 1 de 1

FECHA: ___ de _____ de 20__

FOTOGRAFÍA 	NOMBRE: _____ <small>Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)</small>
	FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ DIRECCIÓN CALLE: _____ COLONIA: _____ POBLACION: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR	
NOMBRE: _____ <small>(Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))</small>	DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____

CARRERA:
CARRERA: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE SERVICIOS ESCOLARES

DOCUMENTO SOLICITADO *PAGO POR CONCEPTO DE CUOTA DE REINSCRIPCIÓN ()
--

FIRMA DEL ALUMNO _____ JEFE DEL DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES _____
--