



UNIVERSIDAD DE LA COSTA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN (LICENCIATURA)

| | |
|--------------|--|
| FECHA | |
| LICENCIATURA | |
| SEMESTRE | |

| | |
|-----------------------------|--|
| %BECA DEL SEMESTRE ANTERIOR | |
|-----------------------------|--|

| | |
|---------------------|--|
| ¿ERES AFROMEXICANO? | |
|---------------------|--|

| | | |
|----------------------------|----|----|
| HIJO O NIETO DE EJIDATARIO | SI | NO |
|----------------------------|----|----|

| | | |
|------------|----|----|
| CONSTANCIA | SI | NO |
|------------|----|----|

NOMBRE DEL ALUMNO

| | | |
|------------------|------------------|------------|
| | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

| | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| ALUMNO REGULAR O IRREGULAR | | CONTINUAR AFILIADO AL IMSS INSTITUCIONAL | |
|----------------------------|--|--|--|

| SEM. | ASIGNATURA ADEUDADA | STATUS | ASIGNATURA SERIADA |
|------|---------------------|--------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Como alumno irregular me comprometo a aprobar las asignaturas adeudadas de acuerdo a mi situación en el período de exámenes extraordinarios y/o en examen especial correspondiente, quedando a deber como máximo una asignatura (Sem. A) o 2 asignaturas (Sem. B), en caso contrario acepto darme de baja hasta haber regularizado mi situación académica. Si una de las asignaturas no acreditadas es prerrequisito, acepto ser dado de baja de la asignatura seriada.

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|----|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------|----------------|----------|----|
| LUGAR DE NACIMIENTO | | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD | | | MUNICIPIO | | | REGIÓN | | ENTIDAD | | | |
| CURP | | | | DD | MM | AA | EDAD | | TIPO DE SANGRE | | |
| ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO | | | | SI | NO | CUÁL | | | | | |
| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA | | | | SI | NO | CUÁL | | | | | |
| SIN CONSIDERAR LA BECA INSTITUCIONAL ¿CUENTAS CON ALGÚN TIPO DE BECA PARA REALIZAR TUS ESTUDIOS? | | | | SI | NO | PROGRAMA QUE TE APOYA | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | BECA ALIMENTARIA SEMESTRE ANTERIOR | | TITULAR | SUPLENTE | NO |
| MATRÍCULA | | | | | ¿HABLAS ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | SI | NO | ¿CUÁL? | | |

DOMICILIO ACTUAL EN PINOTEPA NACIONAL O EL DATO DEL DOMICILIO FAMILIAR.

| | | | | | |
|-----------|--|-----------|----------|---------------|----------------------------|
| CALLE | | No. EXT. | No. INT. | COLONIA | |
| LOCALIDAD | | MUNICIPIO | | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO PERSONAL (ALUMNO) |

Asimismo en este acto y a través del presente hago constar que he recibido el Reglamento de Alumnos de la Universidad de la Costa, el cual desde este momento me comprometo a respetar en todas y cada una de sus partes, sometiéndome en caso de incumplimiento, a las sanciones que este documento contempla.

FIRMA DEL ALUMNO

DATOS DEL TUTOR

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|------------------|----------------------|------------|---------------------|------------|--|
| | | | | | | | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRE (S) | | PARENTESCO | |
| | | | | | | | |
| CALLE | | No. EXT. | No. INT. | COLONIA | | | |
| | | | | | | | |
| LOCALIDAD | | MUNICIPIO | | | REGIÓN | | |
| | | | | | | | |
| ENTIDAD | | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO PARTICULAR | | ZONA URBANA O RURAL | | |
| | | | | | | | |
| OCUPACIÓN O CENTRO DE TRABAJO | | | TELÉFONO DEL TRABAJO | | CORREO ELECT'RONICO | | |

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

| | |
|-------------------|--|
| NOMBRE. | |
| DIRECCIÓN. | |
| TELÉFONO CON LADA | |

Por este conducto manifiesto que en mi carácter de tutor del alumno señalado, asumo toda responsabilidad de los daños y perjuicios que mi representado (a) pudiera ocasionar al interior de la Universidad de la Costa, como al exterior de la misma en perjuicio de terceras personas, por lo que desde este acto eximo de toda responsabilidad a la Universidad de la Costa y/o sus representantes legales de cualquier acción civil o penal derivada de estos hechos, así como de toda lesión que de carácter accidental o intencional sufra mi representado (a) fuera de las instalaciones de dicha Institución Educativa o dentro de las actividades que no sean parte del programa o plan de estudios, comprometiéndome a ratificar la presente responsiva ante la autoridad o autoridades que así me lo soliciten.

FIRMA DEL TUTOR

El alumno que deje de asistir a la Universidad, sin formalizar su baja en el Departamento de Servicios Escolares, deberá cubrir el adeudo generado por el concepto de colegiatura vigente, hasta el momento de realizar el trámite o cuando concluya el semestre; lo que ocurra primero.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIVERSIDAD DE LA COSTA
AVAL DE NO ADEUDO**

Si el alumno no tiene adeudo en el área que se encuentra bajo su responsabilidad favor de escribir su nombre, firmar y sellar en el espacio correspondiente.

| ÁREA | FECHA | NOMBRE Y FIRMA | SELLO |
|--------------------------------------|-------|----------------|-------|
| DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS | | | |
| SERVICIOS ESCOLARES | | | |