



# UNIVERSIDAD DE LA COSTA

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LICENCIATURA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES

FDSEUNCOS/003-A

% DE BECA DE PROPEDÉUTICO:	<input type="text"/>	FECHA DE INSCRIPCIÓN:	<input type="text"/>
CARRERA A CURSAR:	<input type="text"/>		

### I.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE (S)				SEXO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO	
CURP													
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>									
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		LUGAR DE NACIMIENTO									
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>	
¿HABLAS LENGUA INDIGENA? CUÁL?				ALERGIA(S)				ENFERMEDAD CRÓNICA				TIPO DE SANGRE	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>	
¿ERES AFROMEXICANO?			¿DESEAS INCORPORARTE AL IMSS INSTITUCIONAL?			¿ERES HIJO O NIETO DE EJDATARIO?			¿ANEXAS CONSTANCIA?				

### II.- DIRECCIÓN ACTUAL DEL ALUMNO EN PINOTEPA NACIONAL (PARA ALUMNOS QUE RENTAN EN PINOTEPA NACIONAL)

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CALLE		No.		COLONIA		TELÉFONO DEL ALUMNO (CON LADA)	

En este acto y a través del presente hago constar que he recibido el Reglamento de Alumnos de Licenciatura 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.

### III.- NOMBRE Y DATOS DE LOS PADRE(S) O TUTOR(ES):

<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE (S) DE LA MADRE O TUTOR			
OCUPACIÓN:		<input type="text"/>				PARENTESCO:		<input type="text"/>			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE (S) DEL PADRE O TUTOR			
OCUPACIÓN:		<input type="text"/>				PARENTESCO:		<input type="text"/>			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
CALLE				No.				COLONIA			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
LOCALIDAD			MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL			TELÉFONO DEL TUTOR (CON LADA)		
<input type="text"/>							<input type="text"/>				
EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:							TELÉFONO CON LADA				

Por este conducto manifiesto que en mi carácter de tutor del alumno señalado, me hago responsable de cualquier lesión de carácter accidental o intencional, que mi representado sufra en el interior de las instalaciones de la Universidad de la Costa, por lo cual desde este acto relevo de toda responsabilidad a la Universidad de la Costa y/o su representante legal de cualquier acción civil o penal derivada de estos hechos, comprometiéndome a ratificar la presente responsiva ante la autoridad o autoridades que así me lo soliciten.

### IV.- ANTECEDENTES ESCOLARES

<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOMBRE COMPLETO DEL BACHILLERATO DE PROCEDENCIA				No. / PL		TIPO	
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CALLE				No.		COLONIA	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>	
LOCALIDAD			MUNICIPIO			ENTIDAD FEDERATIVA DE BACHILLERATO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>	
FECHA DE INGRESO AL BACHILLERATO			FECHA DE EGRESO DEL BACHILLERATO			¿TIENES ALGUNA BECA PARA CONTINUAR TUS ESTUDIOS? ¿CUÁL?	

Para que el alumno formalice su baja, deberá presentarse en el Departamento de Servicios Escolares durante los primeros cinco días hábiles del mes, para hacer el trámite correspondiente. De no ser así, el alumno tendrá que pagar la colegiatura del mes iniciado, aunque no lo curse.

Vo. Bo.

C. NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

C. NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

L.A.T. ISABEL QUINTAS ELORZA  
JEFA DEL DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES