



UNIVERSIDAD DE LA COSTA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LICENCIATURA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES

FDSEUNCOS/003-A

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

CARRERA A CURSAR:

I.- DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		SEXO	GÉNERO
CURP		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL					
¿Hablas o entiendes alguna Lengua Indígena? ¿Cuál?				LUGAR DE NACIMIENTO			
ALERGIA(S)		ENFERMEDAD CRÓNICA				TIPO DE SANGRE	
¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO CULTURAL?		¿DESEAS INCORPORARTE AL IMSS DE LA UNCOS?		¿ERES HIJO O NIETO DE EJIDATARIO O TRABAJADOR DE LA UNCOS?			

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

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

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S) DEL PADRE O TUTOR	
OCUPACIÓN:	INGRESO MENSUAL	¿Habla o entiende alguna Lengua Indígena? ¿Cuál?			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S) DE LA MADRE O TUTOR	
OCUPACIÓN:	INGRESO MENSUAL	¿Habla o entiende alguna Lengua Indígena? ¿Cuál?			

III.- DOMICILIO FAMILIAR:

NOMBRE DE LA CALLE		No.	COLONIA
LOCALIDAD	MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL TUTOR (CON LADA)
EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:		TELÉFONO CON LADA (OBLIGATORIO)	

Por este conducto manifiesto que en mi carácter de tutor del(a) alumno(a) señalado(a), me hago responsable de cualquier lesión de carácter accidental o intencional, que mi representado(a) 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 a 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

NOMBRE COMPLETO DEL BACHILLERATO DE PROCEDENCIA		No. / PL	TIPO
CALLE	No.	COLONIA	
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA DE BACHILLERATO	
FECHA DE INGRESO AL BACHILLERATO	FECHA DE EGRESO DEL BACHILLERATO	Por este conducto, autorizo que mi tutor referido anteriormente, reciba información de mi situación académica:	

https://www.uncos.edu.mx/web/transparencia/aviso_de_privacidad

Vo. Bo.

V.- FIRMAS DE LOS INTERESADOS

C.	C.	L.A.T. ISABEL QUINTAS ELORZA
NOMBRE Y FIRMA DEL(A) ESTUDIANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL(A) TUTOR(A)	JEFE(A) DEL DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES