



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA XALAPA, PLANTEL ORIZABA
SOLICITUD DE REINSCRIPCION**

A _____ de _____ de 20_____.

El que suscribe, _____ alumno (a) de esta Universidad con número de matrícula _____ de la licenciatura en _____ modalidad _____ solicito mi reinscripción al ciclo escolar _____. Recibí circular de montos vigentes para los trámites y servicios, reglamento institucional, calendario escolar y de periodo de reinscripciones. Y acepto sujetarme a la normatividad que dicten las autoridades Federales, Estatales y Municipales respecto a las clases presenciales. Manifiesto que cuento con el acceso al equipo necesario para tomar las clases en línea si así fuera necesario.

Nombre, Firma y Fecha

ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES

CORREO ELECTRÓNICO: _____
EL ALUMNO TIENE ACCESO A INTERNET: () CASA () CAFÉ INTERNET () CELULAR () OTRO: _____ () NINGUNO
TELEFONOS: PARTICULAR: _____ OFICINA: _____ CELULAR: _____
DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE NUMERO COLONIA

CIUDAD ESTADO C. P.

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO ACADEMICO

CURP: _____ AÑO ESCOLAR: _____ PAIS DE PROCEDENCIA*: N/A _____
* SOLO QUE HAYA REALIZADO ESTUDIOS PREVIOS EN DICHO LUGAR.
IDIOMA O LENGUA NATURAL: _____ NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL: NO SI _____
CICLO INMEDIATO ANTERIOR: _____ SEMESTRE AL QUE SE INSCRIBE: _____
LICENCIATURA: AE ARQ DER PED ING TURNO DISCONTINUO EN HORARIO: (LUN-VIE SABATINO DOMINICAL PLUS)
() REGULAR () IRREGULAR: POR MATERIA () POR EQUIVALENCIA ()
CAMBIO LICENCIATURA: SI () NO () A: _____ FOLIO TRAMITE: _____
CAMBIO HORARIO SI () NO () DE: LUN-VIE SAB DOM PLUS A: LUN-VIE SAB DOM PLUS
CARGA: SI () NO () TOTAL MATERIAS: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

FACTURAR A NOMBRE DE: _____ R.F.C.: _____ E-MAIL.: _____

DOMICILIO PARA FACTURA:

CALLE NUMERO COLONIA CIUDAD ESTADO C.P.

AUTORIZO

RECIBIO

RECIBIO

S. ACADEMICO
FECHA Y FIRMA

S. ADMINISTRATIVO
FECHA Y FIRMA

D. SERVICIOS ESCOLARES
FECHA Y FIRMA