

SOLICITUD DE ADMISIONES

LICENCIATURA CUATRIMESTRAL

MATRÍCULA

FECHA

Día:

Mes:

Año:

DATOS PERSONALES

EMAIL:

NOMBRE:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

FECHA DE NACIMIENTO:

D	D	M	M	A	A

Edad:

ANOS

Sexo:

F	M

LUGAR DE NACIMIENTO:

Ciudad	Estado	País

Estado Civil:

Teléfono:

Celular:

CURP:

DOMICILIO:

Calle

Número

Colonia

Ciudad

Estado

C.P.

LICENCIATURA:

CUATRIMESTRE EN EL QUE DESEAS INGRESAR:

ENERO

MAYO

SEPT

DATOS ACADÉMICOS

NOMBRE OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN:

Bachillerato o Equivalente

TELÉFONO:

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS ANTERIORES:

(Llenar si aplica)

NOMBRE OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN:

TELÉFONO:

SOLICITUD DE ADMISIONES

LICENCIATURA CUATRIMESTRAL

DATOS FAMILIARES

Nombre del padre o tutor: _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

FECHA DE NACIMIENTO:

D	D	M	M	A	A

 Edad

ANOS

 Ocupación: _____

LUGAR DE NACIMIENTO:

Ciudad	Estado	País

 Teléfono: _____
Celular: _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia C.P.

EMPRESA: _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia C.P.

NOMBRE DE LA MADRE: _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

FECHA DE NACIMIENTO:

D	D	M	M	A	A

 Edad

ANOS

 Ocupación: _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia C.P.

EMPRESA: _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia C.P.

OTROS

En caso de separación o fallecimiento de los padres indicarlo: _____

¿Quién solventa tus estudios? _____

¿Tienes hermanos?

 ¿Cuántos? _____ Edades: _____

¿Tienes hijos?

 ¿Cuántos? _____ Edades: _____

¿Cómo conociste a la UCIC? _____

NOMBRE Y FIRMA