**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR P´URHÉPECHA**

**PERIODO AGOSTO-DICIEMBRE 2024**

FECHA: \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

ESCUELA DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROMEDIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARRERA**

CARRERA A CURSAR:

**PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES**

RECIBIÓ Y REVISÓ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Original para cotejar y copias | DOCUMENTOS SOLICITADOS | DOCUMENTOS ENTREGADOS |
| \*\*1  1 | CERTIFICADO DE BACHILLERATO O EQUIVALENTE  ACTA DE NACIMIENTO | ( )  ( ) |
| 1 | CURP | ( ) |
| 1  \*1  \*1 | 2 FOTOGRAFIAS RECIENTES  DICTAMEN DE REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS  COPIA DE DOCUMENTO MIGRATORIO, QUE COMPRUEBE SU LEGAL ESTANCIA EN EL PAIS. (EN CASO DE SER EXTRANJERO) | ( )  ( )  ( )  ( ) |
| 1  \*1 | COPIA DE COMPROBANTE DE CUOTA POR CONCEPTO DE INSCRIPCIÓN  CERTIFICADO MÉDICO | ( )  ( ) |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Cuando aplique

\*\* En caso de no contar con este documento se deberá presentar la carta compromiso.

En caso de no tener todos los documentos solicitados, me comprometo a entregarlos antes del proceso de reinscripción.

Nombre y Firma

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Apellido paterno, apellido materno, nombre (s))

FECHA DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:

CALLE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COLONIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_