 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LA SIERRA SUR DE OAXACA FORMATO DE REINSCRIPCIÓN	No. de Registro R1.PO-07-SGC
	Vigencia a partir de: 27 de enero de 2016

Instrucciones: requisita en los espacios en blanco la información que se te pide.

DATOS GENERALES

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento: Edad: ____ años Sexo: F M

CURP: _____

Correo electrónico: _____ Grupo

Sanguíneo: _____

Estado Civil: soltero casado Otro: _____ Tel. Celular: _____

Carrera: _____ Cuatrimestre a cursar: _____

DOMICILIO ESTUDIANTIL ACTUAL

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Colonia o barrio:

_____ Calle: _____ No. _____ C.P. _____

En caso de emergencia llamar a (Nombre):


_____ Tel.celular: _____

Nombre del padre (madre) o tutor: _____

CROQUIS DE LOCALIZACION DE DOMICILIO ESTUDIANTIL ACTUAL

Nombre y firma del alumno(a)

Fecha: _____

 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LA SIERRA SUR DE OAXACA FORMATO DE NO ADEUDOS PROCESO DE REINSCRIPCIÓN (ESTADÍA)	No. de Registro R1.PO-07-SGC
	Vigencia a partir de: 27 de enero de 2016


NOMBRE: _____
CARRERA: _____ **CUATRIMESTRE CURSADO:** _____

Instrucción: en el presente formato recolectar las firmas necesarias. Una vez que hayan firmado las diferentes áreas, pasar a Servicios Escolares para realizar el trámite correspondiente.

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO O JEFATURA	FIRMA DEL RESPONSABLE
ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	
CENTRO DE CÓMPUTO	
BIBLIOTECA	
SERVICIOS ESCOLARES	
VINCULACIÓN	
RECURSOS MATERIALES	
LABORATORIO	
DIRECCIÓN DE CARRERA	
PRENSA, DIFUSIÓN Y ACTIVIDADES CULTURALES	
JEFE DE GRUPO	
ASISTENCIA A CURSO "PROCESO DE ESTADÍA, EGRESO Y TITULACIÓN"	

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA DE ENTREGA: _____


 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LA SIERRA SUR DE OAXACA FORMATO DE NO ADEUDOS PROCESO DE REINSCRIPCIÓN	No. de Registro R1.PO-07-SGC
	Vigencia a partir de: 27 de enero de 2016

NOMBRE: _____
CARRERA: _____ **CUATRIMESTRE CURSADO:** _____

Instrucción: en el presente formato recolectar las firmas necesarias. Una vez que hayan firmado las diferentes áreas, pasar a Servicios Escolares para realizar el trámite correspondiente.

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO O JEFATURA	FIRMA DEL RESPONSABLE
ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	
CENTRO DE CÓMPUTO	
BIBLIOTECA	
SERVICIOS ESCOLARES	
VINCULACIÓN	
RECURSOS MATERIALES	
LABORATORIO	
DIRECCIÓN DE CARRERA	
PRENSA, DIFUSIÓN Y ACTIVIDADES CULTURALES	
JEFE DE GRUPO	

_____ **FECHA DE ENTREGA:** _____
FIRMA DEL ALUMNO

 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LA SIERRA SUR DE OAXACA COMPROBANTE DE REINSCRIPCIÓN	No. de Registro R1.PO-07-SGC
	Vigencia a partir de: 27 de enero de 2016

CUATRIMESTRE: _____


FECHA: __/__/__

MATRÍCULA	NOMBRE DEL ESTUDIANTE
PROGRAMA EDUCATIVO	

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DE SERVICIOS ESCOLARES

Sistema de Gestión de la Calidad

 UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LA SIERRA SUR DE OAXACA COMPROBANTE DE REINSCRIPCIÓN	No. de Registro R4.PO-07-SGC
	Vigencia a partir de: 27 de enero de 2016

COMPROBANTE DE REINSCRIPCIÓN

CUATRIMESTRE: _____

FECHA: __/__/__

MATRÍCULA	NOMBRE DEL ESTUDIANTE
PROGRAMA EDUCATIVO	

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DE SERVICIOS ESCOLARES