



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Semestre Selectivo



FECHA: / / 20

Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Procede de la Escuela: _____

Promedio: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Trabaja actualmente?: _____ Nombre de la empresa _____

Horario: _____ Antigüedad: _____

Pertenece a algún equipo deportivo representativo ¿Cuál? _____

Nombre del Padre: _____ cel. _____

Ocupación: _____

Nombre de la Madre: _____ cel. _____

Ocupación: _____

Servicio médico: _____

CURP: _____

Enfermedades que padece: _____

Requiere atención especial en el área: visual motriz auditiva

¿Que tipo de atención necesita? _____

¿Que tipo de medicamento toma? _____

En caso de obtener inscripción, me comprometo a cumplir fielmente mis deberes de estudiante de la Universidad Autónoma de Chihuahua, cumplir mis compromisos académicos y a respetar el Reglamento Interno de la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas sin pretender excepción alguna, y para constancia de mi protesta firmo:

Firma del Solicitante

OBSERVACIONES: será rechazada esta solicitud, en caso de que resulten falsos los datos contenidos en ella. Si la falsedad se descubriera con posterioridad a la inscripción, se iniciará un proceso de Responsabilidad Universitaria.

CURP

CERTIFICADO

CREDENCIAL

RECIBO DE PAGO

***OBLIGATORIO PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA PARA SU INSCRIPCIÓN.**

