



UNIVERSIDAD EMILIANO ZAPATA

SOLICITUD DE REINGRESO

Favor de llenar con letra de molde y **tinta azul**.-

1. INFORMACION DEL ALUMNO

Matrícula _____ Carrera _____ Grado _____ Turno _____

| | | | | |
|------------------|------------------|-----------|------|---|
| | | | F | M |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Sexo | |

| | | | | | |
|---------------------|-----|-----|------|--------------|------|
| Día | Mes | Año | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | Edad | Estado Civil | CURP |

| | | | |
|---------------------|--------|------|--------------|
| Ciudad | Estado | País | |
| Lugar de Nacimiento | | | Nacionalidad |

*Información personal importante:

En caso de padecer alguna enfermedad, **Sí** _____, **No** _____ favor de especificar cuál, y su tratamiento _____, o **discapacidad**

física/motriz intelectual múltiple psicosocial

| | | | | | |
|-----------|------------|--------------------------|---------|-------------|--------------------------|
| Auditiva: | Hipoacusia | <input type="checkbox"/> | Visual: | Baja visión | <input type="checkbox"/> |
| | Sordera | <input type="checkbox"/> | | Ceguera | <input type="checkbox"/> |

Tiene seguro, **Sí** _____, **No** _____ favor de especificar en dónde _____
Trabaja, **Sí** _____, **No** _____ favor de indicar dónde y horario _____

2. DOMICILIO

| | | | |
|---------------|------------------|--------------------|---------------|
| | | | |
| Calle | N° Exterior | Colonia | Código Postal |
| Municipio | Estado | País | |
| Teléfono Casa | Teléfono Celular | Correo Electrónico | |

ESTUDIOS

| | |
|--|---------------------------------------|
| | |
| Nombre de Preparatoria | Años que cursó (especificar los años) |
| | |
| Importante mencionar el Estado en el que se cursó la preparatoria | |
| Otros estudios. Especificar en dónde | Años que cursó (especificar los años) |
| | |

3. DATOS FAMILIARES

| Datos de un familiar, Tutor o Cónyuge: | | | | |
|--|------------------|-----------|----------|----|
| | | | Sí | No |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Vive | |
| | | | | |
| Ocupación | | Correo | Teléfono | |
| | | | | |

Hago constar que los datos aquí descritos son verdaderos.

Vo. Bo. Escolar y Archivo

Firma del Alumno

Monterrey, Nuevo León a ____ de _____ de 20____