|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE NUEVO INGRESO** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **SEMESTRE AGOSTO-ENERO 2020** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Favor de llenar con letra de molde y tinta azul.-** |  |  |  | **CALIFICACION PROMEDIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

1. **INFORMACION DEL ALUMNO**

**Matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera** Licenciatura en Enfermería **Turno** Matutino **Grado: 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 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 |  | Visual: | Baja visión |  |
|  | Sordera |  |  | Ceguera |  |

**Tiene seguro, Sí\_\_\_\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_\_\_\_ favor de especificar en dónde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vo. Bo.**

**Escolar y Archivo**

**Vo. Bo.**

**Escolar y Archivo**

Trabaja, **Sí**\_\_\_\_\_\_, **No**\_\_\_\_\_\_favor de indicar dónde y horario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vo. Bo.**

**Escolar y Archivo**

**Vo. Bo.**

**Escolar y Archivo**

1. **DOMICILIO**

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

1. **ESTUDIOS**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre de Escuela Primaria | Años que cursó (especificar los años) |
|  |  |
| Nombre de Escuela Secundaria | Años que cursó (especificar los años) |
|  |  |
| 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) |

1. **DATOS FAMILIARES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Padre, Tutor o Cónyuge**: | | | | |
|  |  |  | Sí | No |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Vive | |
|  | |  |  | |
| Ocupación | | Correo | Teléfono | |

**Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es**

**verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán**

**las sanciones administrativas, civiles y penales establecidas en los ordenamientos respectivos incluido**

**el Reglamento de la Universidad Emiliano Zapata.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Vo. Bo. Escolar y Archivo |  | Firma del Alumno |

**Monterrey, Nuevo León a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_\_**