# UNIVERSIDAD VERACRUZANA

DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

# **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CRÉDITOS**

|  |
| --- |
| DATOS DEL ALUMNO(A) |
|  **GRUPO:** |  |
| **PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE (S)** |  Matrícula |
|  |  |
| DOMICILIO ACTUAL (Calle,Col,CP.Municipio) | **EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A****(Nombre y teléfono)** | SERV. MÉDICO |
|  |  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  |
| **NÚMERO DE TELÉFONO** |  |
| **DATOS ACADÉMICOS** |
| **CARRERA** | **CAMPUS** | **PERÍODO** |
|  | **COATZACOALCOS** | **202451****Febrero-Julio 2024** |
| INSCRIPCIÓN A EXPERIENCIAS EDUCATIVAS |
| NRC | EXPERIENCIA EDUCATIVA | INSCRIPCIÓN | No. OPT. | No. ELECT |
| 1ª. | 2ª. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| TUTOR(A) ACADÉMICO(A) |  |
| **COBERTURA DEL ARANCEL** |
| Por Condonación |  | **En efectivo** | **x** | “**Deberá cubrir el pago arancelario el mismo día de realizar la inscripción a cursos o a más tardar al siguiente”** |
| **AUTORIZACIÓN DE CONDONACIÓN** | **OBSERVACIONES** |
|  | **El caso omiso a esta leyenda dejará sin efecto el trámite de Inscripción Académica** |
|  |
| COATZACOALCOS, VER., A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2024. **FIRMA DEL ALUMNO(A) FIRMA DEL SECRETARIO(A)** |

 \* Este trámite está sujeto a la revisión de la escolaridad.