**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

# DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR REGIÓN COATZACOALCOS-MINATITLÁN Facultad de Medicina, Dependencia: 52403, Clave: 14160

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CRÉDITOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE (S)** | | | | | | | | | | | | | | **Matrícula** | | | |
| LOPEZ RIVERA SEBASTIAN | | | | | | | | | | | | | | S12345678 | | | |
| **DOMICILIO ACTUAL** | | | | | | | | **EN EMERGENCIA AVISAR A:** | | | | | | **SERVICIO MEDICO** | | | |
|  | | | | | | | | **Teléfono:** | | | | | | **Institución:** | | | |
| **Nombre:** | | | | | | **No. de seguridad social:** | | | |
| **Correo electrónico institucional:** | | | | | | | |
| **Teléfono:** | | | | | | | |
| **DATOS ACADÉMICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROGRAMA EDUCATIVO** | | | | | **CAMPUS** | | | | | | | | **PERIODO: (1) Ago/Ene ( ) Feb/Jul ( x)** | | | | |
| Médico Cirujano | | | | | I Minatitlán, Nivel L | | | | | | | | **Clave SIIU:** | | | | |
| MEDI-17-E-CR | | | | | Código 42 | | | | | | | | de a | | | | |
| **INSCRIPCIÓN A EXPERIENCIAS EDUCATIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No.** | **NRC** | **EXPERIENCIA EDUCATIVA** | | | | | | | | **INSCRIPCIÓN** | | | | **HORAS**  **Teo/Prac** | | **CRÉDITOS** | |
| **1ª.** | | **2ª.** | |
| **1** |  |  | | | | | | | |  | |  | | **/** | |  | |
| **2** |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **TOTAL DE CRÉDITOS PARA EL PERIODO: (Mínimo 32, Estándar 49, máximo 62)** Art. 27 y 28, Estatuto de alumnos 2008 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **TUTOR ACADEMICO (Nombre y firma)** | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE INSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REINGRESO** | | |  | **TRASLADO** | | **REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA** | | | | | | | | | **REINGRESO DE**  **BAJA**  **TEMPORAL** | |  |
| **Autorización No.** | | **Autorización No.** | | | | | | | | |
| **VENTANILLA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sello, nombre y rúbrica del responsable del proceso en ventanilla | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **COBERTURA DEL ARANCEL**  **Deberá cubrir el pago arancelario el mismo día de realizar la inscripción** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Referencia de la Autorización de condonación** | | | | | **Referencia bancaria de pago (Efectivo, transferencia, etc.)** | | | | | | **OBSERVACIONES** | | | | | | |
|  | | | | | **Banco:** | | | | | | **El caso omiso a esta leyenda dejará sin efecto el trámite de Inscripción Académica** | | | | | | |
| **No. operación** | | | | | |
| **ATENTAMENTE**  **LIS DE VERACRUZ, ARTE, CIENCIA, LUZ**    **MINATITLÁN, VER. A 06 DE FEBRERO DE 2019**    **\_\_\_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Dra. Valeria Saldivar Rodríguez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ESTUDIANTE (Nombre y firma) SECRETARIO DE FACULTAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | |