UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS

REGIÓN VERACRUZ

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CRÉDITOS

DATOS DEL ALUMNO			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	ID Matrícula
NÚMERO DE CEL	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: (Nombre y Numero telefónico)		SERV. MEDICO

DATOS ACADÉMICOS					
PROGRAMA EDUCATIVO				REGIÓN	PERIODO
	IMCM		**QUIM**	Veracruz-Boca del Río	**Feb - jul** ☐
					Ago ☐ **- ene** ☐

INSCRIPCIÓN A EXPERIENCIAS EDUCATIVAS				
NRC	EXPERIENCIA EDUCATIVA	INSCRIPCIÓN		Facultad a la que pertenece la Experiencia Educativa
		1ª.	2ª.	

NOMBRE DE TUTOR ACADÉMICO	

TIPO DE INSCRIPCIÓN							
REINGRESO		TRASLADO		POR REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS		REINGRESO DE BAJA TEMPORAL	

REQUISITO PARA DAR EL ALTA	
SELLO DE LA FACULTAD	

Boca del Río, Ver., a _____ de _____ de 202___.

FIRMA DEL ALUMNO

* presentar original y dos copias de este documento