



**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 (marcar con una X)					REGIÓN		PERIODO (poner año)		
<input type="checkbox"/>	IMCM	<input type="checkbox"/>	QUIM	<input type="checkbox"/>	AMBI	Veracruz-Boca del Río		Feb - jul	<input type="checkbox"/>
								Ago	<input type="checkbox"/>
								- ene	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	TRASLADO	<input type="checkbox"/>	POR REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS			<input type="checkbox"/>	REINGRESO DE BAJA TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
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