



UNIVERSIDAD
INECUH

Formato de Reinscripción Posgrado

Posgrado:

Semestre a ingresar:

Ciclo escolar a ingresar:

Alumno	
Regular	Irregular

Fecha:

Día	Mes	Año

NOMBRE:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)

DIRECCIÓN:	Calle	Colonia	Número	Código Postal

Ciudad o Municipio	Estado	Teléfono de domicilio (con lada)

Teléfono móvil	Correo (s) electrónico (s)	Fecha de nacimiento			Edad
		Día	Mes	Año	

Lugar de trabajo	Puesto u ocupación	Dirección	Teléfono

Nombre y firma del alumno (a)

Nombre y Firma de C.E

UNIVERSIDAD INECUH

RECEPCIÓN DE FORMATO DE REINSCRIPCIÓN			
FECHA DE ENTREGA		NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO:	
FECHA DE RECEPCIÓN		RECIBIDO POR CONTROL ESCOLAR:	

SELLO