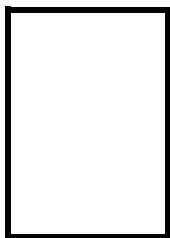


CEDULA DE INSCRIPCIÓN DEL CICLO ESCOLAR _____

DATOS DE LA ESCUELA:



INSTITUTO UNIVERSITARIO BRIMA

DOMICILIO: INDEPENDENCIA No. 411
COL. SANTA CLARA

TOLUCA, MÉX.
C.P. 50050

C.C. T. 15PSU0203J



GRADO: _____ GRUPO: _____ CUATRIMESTRE: _____ No. DE MATRICULA: _____

MAESTRIA: _____

TURNO DISCONTINUO

DATOS DEL ALUMNO(A):

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD AÑOS: _____ MESES: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

CURP: _____

MAIL _____ FIRMA DEL ALUMNO: _____

DOCUMENTOS QUE ENTREGA:

- | O | C | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACTA DE NACIMIENTO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CURP |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CONSTANCIA DE DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CURRICULUM VITAE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CARTA DE EXPOSICION DE MOTIVOS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO DE ESTUDIOS DE LICENCIATURA LEGALIZADO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACTA DE TITULACION |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO PARCIAL EN CASO DE REVALIDACION O EQUIVALENCIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DICTAMEN DE EQUIVALENCIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TITULO DE LICENCIATURA LEGALIZADO U OFICIO QUE SE ENCUENTRA EN TRAMITE. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CEDULA PROFESIONAL O CONSTANCIA DEL TRAMITE DE LA MISMA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CONSTANCIA QUE ACREDITE EXPERIENCIA DOCENTE EN INSTITUCIONES PUBLICAS O PRIVADAS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CARTA DE GESTION ADMINISTRATIVA EN SECTOR EDUCATIVO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | OFICIO QUE ACREDITE LA MAESTRIA COMO OPCION DE TITULACION (AL CONCLUIR PRIMER CUATRIMESTRE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FOTOGRAFÍAS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CERTIFICADO MÉDICO |

SITUACIÓN ACADÉMICA:

TITULADO

PASANTE

OTROS: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN COTEJO

Toluca, México, a _____ de _____ de 20
