

# **INSCRIPCIÓN**

Para la Inscripción los alumnos deberán presentar el siguiente formato debidamente requisitado y firmado (solo se aceptará 1 hoja impresa en ambos lados) así como:

Credencial escolar.

Copia de la CURP.

Comprobante de depósito por Inscripción.

**Cuota de Inscripción: \$544.00 (mismo procedimiento que Cuota de Ficha).**

**Periodo de inscripción: Del 25 al 29 de septiembre 2017.**

**Los horarios estarán disponibles durante la misma semana.**

**Inicio de semestre: Lunes 02 de octubre 2017.**

**Becas: Interesados en obtener Beca por Servicios Educativos y/o alimentaria para el periodo octubre 2017 - febrero 2018, deberán requisitar el Formato de Estudio Socio-Económico para Licenciatura y entregarlo en periodo de inscripción, al igual que el croquis de localización del domicilio familiar.**



**NovaUniversitas**

CLAVE: 20MSU0049V

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

LICENCIATURA			FECHA DE INSCRIPCIÓN		
<b>DATOS PERSONALES</b>					
NOMBRE DEL(LA) ALUMNO(A)					
	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)
LUGAR DE NACIMIENTO		CURP		EDAD	
DOMICILIO ACTUAL (familiar o renta)					
	NOMBRE DE LA CALLE			No. EXTERIOR	No. INTERIOR
COLONIA		MUNICIPIO Y/ DELEGACIÓN		CÓDIGO POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO FIJO: CELULAR:		
<b>ANTECEDENTES ESCOLARES</b>					
NOMBRE DE LA ESCUELA	LUGAR DE EXPEDICIÓN	NIVEL ESCOLAR	PROM. FINAL	FOLIO DE CERTIFICADO	TIPO DE INSTITUCIÓN
		PRIMARIA			PÚBLICA <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/>
		SECUNDARIA			PÚBLICA <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/>
		BACHILLERATO			PÚBLICA <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/>
ACTA DE NACIMIENTO (FOLIO):					
ALERGICO A: (MEDICAMENTOS)				TIPO DE SANGRE:	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA:					
¿CUENTAS CON ALGÚN SERVICIO MÉDICO? SI ( ) NO ( )					
¿CUAL? Número de afiliación:					

1.- HAGO CONSTAR QUE LOS DOCUMENTOS ESCOLARES RESENTADOS SON AUTÉNTICOS Y QUE PUEDEN SER VERIFICADOS EN CUALQUIER TIEMPO POR LOS FUNCIONARIOS QUE **NovaUniversitas** DESIGNE, EN EL ENTENDIDO DE QUE CUALQUIER ALTERACIÓN O FALSIFICACIÓN QUE SE COMPROBARA SERÁ CAUSA DE MI BAJA TEMPORAL O DEFINITIVA DE LA INSTITUCIÓN.

2.- ASI MISMO EN ESTE ACTO Y A TRAVÉS DEL PRESENTE HAGO CONSTAR QUE TENGO CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO DE ALUMNOS DE **NovaUniversitas**, EL CUAL DESDE ESTE MOMENTO ME COMPROMETO A RESPETAR EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, SOMETIENDOME EN CASO DE INCUMPLIMIENTO A LAS SANSIONES QUE ESTE DOCUMENTO CONTEMPLA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO

La información registrada en este formato es única y exclusivamente para el fin del trámite y estadísticas de NOVAUNIVERSITAS, sus datos personales están protegidos y son de índole confidencial de acuerdo al artículo 6, 7 y 10 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Oaxaca.

DATOS DEL RESPONSABLE			
		TELÉFONO FIJO: CELULAR:	
PARENTESCO	NOMBRE DEL RESPONSABLE		
DOMICILIO	NOMBRE DE LA CALLE		No. EXTERIOR
			No. INTERIOR
COLONIA	MUNICIPIO Y/O DELEGACIÓN		C.P.
EN CASO DE ACCIDENTE FAVOR DE AVISAR A: (Anotar si es diferente al responsable)		TELÉFONO FIJO: CELULAR:	
NOMBRE:		CELULAR:	
DOMICILIO:		PARENTESCO:	

Por este medio manifiesto que en mi carácter de responsable del alumno señalado, acato cualquier acto realizado por mi representado que provoque o cause directamente un daño a la institución o algún tipo de lesión por negligencia o intencional causado a su persona o a terceros en el interior de las instalaciones de NovaUniversitas o en algún tipo de comisión académica, relevando de toda responsabilidad a NovaUniversitas y / o su representante legal de cualquier acción civil o penal derivada de estos hechos, comprometiéndome a ratificar la presente responsiva ante la autoridad que así me lo requiera.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE

### RECIBO DE DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTOS	ORIGINAL
ACTA DE NACIMIENTO	
CERTIFICADO DE SECUNDARIA	
CERTIFICADO DE BACHILLERATO	

\* Este recuadro será requisitado por el Departamento de Servicios Escolares

RECIBÍ

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES