

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		
DATOS PERSONALES					
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:		
ANTECEDENTES ESCOLARES					
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