**“**UNIVERSIDAD ALFA LAMBDA”

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**MATRICULA DEL ALUMNO:**

**FOLIO NUM:**

**FECHA DE TRAMITE: (**

**/ / )**

## DIA MES AÑO

Lea la solicitud cuidadosamente antes de llenarla para asegurarse de la información que debe proporcionar. Escriba con letra de molde. Use **tinta negra.** Utilice una “X” en los apartados correspondientes a su respuesta o llene los espacios en blanco, según sea el caso. **No abrevie ni omita ningún dato** a fin de que se tome su solicitud en consideración.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPCION EDUCATIVA:** | **BACHILLERATO ( )** | **LICENCIATURA (** | **) POSGRADO (** | **) OTRO (** | **)** |
|  |  |  | **(** |  | **)** |

**1.- ESPECIFIQUE EN EL RECUADRO EL PLAN DE ESTUDIOS A CURSAR 2.- (ESCRIBA ENTRE LOS PARENTESIS SOLAMENTE, SI SE TRATA DE REVALIDACION DE ESTUDIOS, EN SU CASO)**

## MODALIDAD: ESCOLARIZADA ( ) MIXTA ( ) OTRA ( ) ESPECIFIQUE:

**TURNO: MATUTINO ( ) INTERMEDIO ( ) VESPERTINO ( ) NOCTURNO ( ) OTRO ( ) ESPECIFIQUE:**

**NOMBRE DEL ASPIRANTE:**

**APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)**

**FECHA DE NACIMIENTO: (\_ / / \_) EDAD:(**

**)( ) ENTIDAD DE NACIMIENTO**

**SEXO:( M )( F )**

**DÍA MES AÑO AÑOS MESES**

# NACIONALIDAD: OCUPACION:

**ESTADO CIVIL:**

**DOMICILIO**

**CALLE No. ENTRE QUE CALLES**

#  \_\_ CODIGO POSTAL:

**(COLONIA, LOCALIDAD, POBLACION) (CIUDAD, MUNICIPIO, DELEGACION) ESTADO**

El alumno se compromete a notificar cualquier cambio de domicilio.

**TEL. DOMICILIO:**

**TEL. CELULAR:**

**TEL. RECADOS:**

**INSTITUCION DE EGRESO:**

**ENTIDAD DE EGRESO**

**E-MAIL GENERACION: ( - ) CURP**

# TRABAJA ? ( SI ) ( NO ) NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO

**DOMICILO DEL LUGAR DE TRABAJO TELEFONO:**

**ANTIGÜEDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO (**

**) (**

**AÑOS MESES**

**) HORARIO DE TRABAJO (DIAS Y HORAS)**

**PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA: ( SI ) ( NO ) CUAL?: PADECE ALGUNADISCAPACIDAD: ( SI ) ( NO ) CUAL?:**

## INCLUIR PROBLEMAS VISUALES O AUDITIVOS EN SU CASO

**NOMBRE DEL PADRE O TUTOR NOMBRE DEL ESPOSO(A) FORMA EN QUE SE ENTERO DE NUESTRA INSTITUCION: PLATICAS PROFESIOGRAFICAS ( ) EXPOS ( ) VOLANTE ( ) LONA ( ) REDES SOCIALES ( ) RADIO ( ) TV ( ) PERIFONEO ( ) RECOMENDACIÓN ( ) POR QUIEN OTRO ( ) MENCIONAR**

# REQUISITOS RECIBIDOS EN ORIGINAL Y 2 COPIAS (por ambos lados): (LLENADO EXCLUSIVO POR LA INSTITUCION)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DOCUMENTO** | **SI** | **NO** |  | **SI** | **NO** |
| **1** | CERTIFICADO DE SECUNDARIA (ORIGINAL) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **2** | CERTIFICADO DE BACHILLERATO (ORIGINAL) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **3** | CERTIFICADO DE LICENCIATURA (ORIGINAL) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **4** | CERTIFICADO DE MAESTRIA (ORIGINAL) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **5** | CERTIFICADO PARCIAL (ORIGINAL) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **6** | TITULO PROFESIONAL (COTEJO) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **7** | GRADO PROFESIONAL (COTEJO) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **8** | CEDULA PROFESIONAL (COTEJO) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **9** | CARTA DE EXPOSICION DE MOTIVOS |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **10** | CURRICULUM VITAE |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **11** | ACTA DE NACIMIENTO |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **12** | CURP (COTEJO) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **13** | CERTIFICADO MEDICO |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **14** | CREDENCIAL DE ELECTOR (COTEJO) |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **15** | COMPROBANTE DE DOMICILIO |  |  | 2 COPIAS |  |  |
| **16** | 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL B/N |  |  |  |
| **17** | 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL COLOR |  |  |

OTRO(S)(ESPECIFIQUE):

Es de mi (nuestro) interés obtener los servicios que presta “UNIVERSIDAD ALFA LAMBDA”, incorporada a la S.E.P.; y me comprometo y obligo a la firma de la presente solicitud a respetar y acatar todas y cada una de las disposiciones establecidas por la institución, derivadas de sus ordenamientos legales, órganos y autoridades educativas que la conforman; asimismo, me comprometo también a cubrir todas las cuotas que por los servicios que me presta la institución se generen; además, me obligo a coadyuvar en el buen desempeño de dichas disposiciones, a efecto de lograr un desarrollo optimo en mi formación académica; y en caso contrario, cumplir la sanción a la que, en su caso resulte acreedor(a) por incumplimiento. **Así mismo bajo protesta de decir verdad manifiesto, que los datos anteriormente señalados son verídicos; y acepto que, en caso de que la Institución detecte falsedad en alguno de ellos o que no cumpla totalmente con los requisitos de inscripción, esta se reserva el derecho de nulificar en cualquier momento la presente solicitud o la inscripción y ejercitar las acciones jurídicas y administrativas correspondientes.** La “UNIVERSIDAD ALFA LAMBDA” se exime en todo momento de la obligación de restituir cualquier pago efectuado.

## IMPORTANTE: Antes de firmar la presente solicitud, verifique que los datos asentados sean completos y correctos, y que los documentos entregados, coincidan con los registrados tanto en la presente solicitud, como en el comprobante de entrega de documentos del estudiante, además de que el nombre y firma del responsable de la inscripción se encuentre debidamente registrado; en caso contrario se tendrán por no recibidos por la Institución.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACEPTONOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR | ACEPTONOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSCRIPCION Y SELLO DE LA INSTITUCION |