



UNIVERSIDAD DEL ISTMO
CAMPUS TEHUANTEPEC
20MSU0021P

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
REGISTRO DE INSCRIPCIÓN POSGRADO

POSGRADO

MATRICULA

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD ACTUAL: _____

PERFIL: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCION DEL ALUMNO EN:

CALLE: _____ No. _____

COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____
PROPORCIONAR LADA

CUENTA CON SERVICIO MÉDICO _____ ESPECIFIQUE _____

TRABAJA DE MANERA INDEPENDIENTE O EN ALGUNA EMPRESA: _____

ESPECIFIQUE: _____

NOMBRE DE UN FAMILIAR:

PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN:

CALLE: _____ No. _____

COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____
PROPORCIONAR LADA

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____ PROMEDIO: _____

DIRECCIÓN:

CALLE: _____ No. _____

COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____
PROPORCIONAR LADA

Al ser considerado alumno de la Universidad del Istmo, acepto respetar el reglamento escolar vigente, en el entendido de que, en caso de faltar, me haré acreedor a las sanciones correspondientes.

Santo Domingo Tehuantepec, Oax. a _____ de _____ del 2018.

Vo. Bo. _____

Jefa de Servicios Escolares

Nombre y firma del alumno.