

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
1. Datos generales y programa académico que cursa (marca con una "X")

01 Fecha: _____

02 Ciclo escolar: _____

03 Cuatrimestre a cursar: _____

04 Grupo: _____

05 Matrícula: _____

06

Ingeniería Automotriz	<input type="checkbox"/>
Ingeniería en Energía	<input type="checkbox"/>
Ingeniería en Software	<input type="checkbox"/>
Ingeniería en Tecnologías de Manufactura	<input type="checkbox"/>
Licenciatura en Terapia Física	<input type="checkbox"/>
Licenciatura en Administración y Gestión Empresarial	<input type="checkbox"/>

2. Datos Personales

07 CURP: _____			
35 FOTOGRAFÍA	08 Apellido paterno: _____	09 Apellido materno: _____	18 Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
	10 Nombre(s): _____	19 Mencione si tiene alguna discapacidad: _____	
	11 Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____	12 Lugar de nacimiento: _____	20 Mencione si pertenece a algún grupo étnico: _____
	13 Domicilio (Calle, Número, Colonia y C.P.): _____		21 Mencione si padece alguna alergia: _____
	14 Localidad, Municipio y Estado de residencia: _____		22 Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
15 Teléfono celular: <input type="checkbox"/>	16 Correo electrónico institucional: <input type="checkbox"/>	23 En caso de urgencia avisar a: _____	
17 Si labora, indique el nombre de la empresa, dirección y teléfono: _____		24 Al teléfono: _____	

3. Autorizaciones (Sección llenada por los titulares de las áreas correspondientes, firma y nombre con tinta color azul)

25 _____ Profesora o Profesor de Tiempo Completo	26 _____ Biblioteca
27 _____ Coordinación de Servicios Médicos	28 _____ Departamento de Servicios Escolares
29 Observaciones: _____	





Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos y han sido debidamente verificados, además de informar que conozco los reglamentos de la institución y los motivos de baja.

30

FIRMA



SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA LA DIFUSIÓN DE SUS DATOS PERSONALES	
<p>EL GOBIERNO DEL ESTADO DIFUNDIRÁ LOS DATOS QUE USTED AUTORICE ÚNICAMENTE PARA LOS FINES PREVISTOS. EN CUALQUIER MOMENTO USTED PUEDE HACER USO DE SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN, A TRAVÉS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE AMOZOC, CON DIRECCIÓN EN AV. AMPLIACIÓN LUIS OROPEZA 5202, COL. LAS VEGAS.</p>	
<p>DATOS QUE SE DIFUNDEN: NOMBRE, CURP, DOMICILIO, LUGAR DE NACIMIENTO, FECHA DE NACIMIENTO, NO. DE AFILIACIÓN, FOTOGRAFÍA, CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO, ESCUELA DE PROCEDENCIA, PROMEDIO GENERAL, CARRERA, ESPECIALIDAD, SEMESTRE, PROMEDIO GENERAL, CALIFICACIÓN POR ASIGNATURA, ESTATUS, NO. DE CRÉDITOS, AÑO DE INGRESO, PERIODO DE INGRESO, AÑO DE TÉRMINO, PERIODO DE BAJA, AÑO DE BAJA, MOTIVO DE BAJA, CRÉDITOS CUATRIMESTRE, FOLIO CERTIFICADO, LIBRO CERTIFICADO, GRADO DE ESTUDIOS, FECHA DE TITULACIÓN, ESTADO CIVIL, NOMBRE DE LOS PADRES, DOMICILIO DE LOS PADRES, TELÉFONO DE LOS PADRES, ENFERMEDADES QUE PADECE, TIPO DE SANGRE.</p>	
<p align="center">  () OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE MIS DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONO. </p>	<p align="center">  FIRMA </p>
<p>INFORMACIÓN GENERAL: LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE PUEBLA ESTABLECE EN SUS ARTÍCULOS 1, 8 Y 9 QUE LOS INTEGRANTES DEL SUJETO OBLIGADO NO PODRÁN DIFUNDIR, DISTRIBUIR O TRANSMITIR LOS DATOS PERSONALES A LOS QUE TENGAN ACCESO POR EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, SALVO DISPOSICIÓN LEGAL O QUE HAYA MEDIADO EL CONSENTIMIENTO EXPRESO, POR ESCRITO, DEL TITULAR DE DICHS DATOS.</p>	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES	
<p>LOS DATOS PERSONALES SENSIBLES RECABADOS POR EL GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA, SERÁN PROTEGIDOS Y UTILIZADOS ÚNICAMENTE PARA LOS FINES PARA LOS QUE SON RECABADOS Y PODRÁN SER UTILIZADOS COMO INFORMACIÓN ESTADÍSTICA, CIENTÍFICA O HISTÓRICA. USTED PODRÁ EJERCER EN CUALQUIER MOMENTO SUS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN, A TRAVÉS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE AMOZOC, CON DIRECCION EN AV. AMPLIACIÓN LUIS OROPEZA 5202, COL. LAS VEGAS.</p>	
<p align="center">  () OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES </p>	<p align="center">  FIRMA </p>
<p>INFORMACIÓN GENERAL: DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 1, 3 FRACCIÓN VII, 12 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE PUEBLA, LA CREACIÓN DE SISTEMAS DE DATOS PERSONALES QUE TENGAN LA FINALIDAD EXCLUSIVA DE ALMACENAR LOS DATOS PERSONALES SENSIBLES SÓLO PODRÁ DARSE CUANDO LO CONSIENTA EXPRESAMENTE EL TITULAR O TENGA FINES ESTADÍSTICOS, CIENTÍFICOS O HISTÓRICOS, SIEMPRE Y CUANDO SE HUBIERA REALIZADO PREVIAMENTE EL PROCEDIMIENTO DE DISOCIACIÓN, QUE ES EL PROCESO POR EL CUAL SE DESVINCULAN O ELIMINAN ALGUNOS DATOS PARA EVITAR QUE SE IDENTIFIQUE AL TITULAR.</p>	

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL REGISTRO R-SAC-10-01 "SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN"

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
01	Fecha	Anotar fecha en que se solicita el trámite (DD/MM/AAAA).	Alumna o alumno que inicia el trámite de reinscripción
02	Ciclo escolar	Anotar el ciclo escolar que cursa la alumna o alumno.	
03	Cuatrimetre a Cursar	Anotar el cuatrimestre que cursará la alumna o alumno.	
04	Grupo	Anotar el grupo al que pertenece la alumna o alumno.	
05	Matrícula	Anotar el número de matrícula de la alumna o alumno.	
06	Programa académico que cursa	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda al programa académico que cursa.	
07	CURP	Anotar los 18 dígitos alfanuméricos del CURP, un carácter por cada guion.	
08	Apellido paterno	Anotar el apellido paterno de la alumna o alumno.	
09	Apellido materno	Anotar el apellido materno de la alumna o alumno.	
10	Nombre(s)	Anotar el nombre o nombres de la interesada o interesado.	
11	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Anotar la fecha de nacimiento de la alumna o alumno.	
12	Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/>	Anotar el lugar de nacimiento de la alumna o alumno.	
13	Domicilio (Calle, Número, Colonia y C.P.)	Anotar calle, número, colonia y código postal del domicilio actual de la alumna o alumno.	
14	Localidad, Municipio y Estado de residencia	Anotar la localidad, el municipio y el estado del domicilio actual de la alumna o alumno.	
15	Teléfono celular	Anotar un teléfono celular de contacto personal de la alumna o alumno.	
16	Correo electrónico institucional	Anotar el correo electrónico institucional de la alumna o alumno.	
17	Si labora, indique el nombre de la empresa, dirección, y teléfono.	En caso de que la alumna o alumno. labore, anotar el nombre de la empresa, la dirección y el teléfono.	
18	Género	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda al género de la alumna o alumno.	
19	Mencione si tiene alguna discapacidad	Anotar si la alumna o alumno. padece alguna discapacidad.	
20	Mencione si pertenece a algún grupo étnico	Anotar si la alumna o alumno. pertenece a algún grupo étnico.	
21	Mencione si padece alguna alergia	Anotar si la alumna o alumno. padece alguna alergia.	
22	Estado civil	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda al estado civil de la alumna o alumno.	
23	En caso de urgencia avisar a	Anotar el nombre completo de la persona a la cual se le debe contactar y notificar en caso de existir alguna urgencia.	
24	Al teléfono	Anotar el teléfono de contacto de la persona a la cual se le debe contactar y notificar en caso de existir alguna urgencia.	
25	Profesor de Tiempo Completo	La Profesora o Profesor de Tiempo Completo, deberá anotar su nombre completo y firmar, autorizando la reinscripción de la alumna o alumno.	Profesora o Profesor de Tiempo Completo


INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL REGISTRO R-SAC-10-01 "SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN"

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
26	Biblioteca	El titular de Biblioteca, deberá anotar su nombre completo y firmar, autorizando la reinscripción de la alumna o alumno.	Titular de Biblioteca
27	Coordinación de Servicios Médicos	El titular de Enfermería, deberá anotar su nombre completo y firmar, autorizando la reinscripción de la alumna o alumno.	Titular de Servicios Médicos
28	Departamento de Servicios Escolares	El titular del Departamento de Servicios Escolares, deberá anotar su nombre completo y firmar, autorizando la reinscripción de la alumna o alumno.	Titular del Departamento de Servicios Escolares
29	Observaciones	En caso de existir observaciones de algun titular de las áreas que autorizan, deberán anotarse en este espacio.	
30	FIRMA	Firma de conformidad de la alumna o alumno.	Alumna o alumno que inicia el trámite de reinscripción
31	Otorgo mi consentimiento para	Marcar con una "X" el recuadro para otorgar su consentimiento para la difusión de sus datos personales.	
32	FIRMA	Firma de conformidad de la alumna o alumno.	
33	Otorgo mi consentimiento para...	Marcar con una "X" el recuadro para otorgar su consentimiento para la tratamiento de sus datos personales.	
34	FIRMA	Firma de conformidad de la alumna o alumno.	Titular del Departamento de Servicios Escolares
35	FOTOGRAFÍA	El Departamento de Servicios Escolares, deberá pegar una fotografía de la alumna o alumno.	