



# UNIVERSIDAD INECUH

Nivel Superior

## Formato de reinscripción

Fecha: 

Día	Mes	Año

Datos generales		
Licenciatura	Cuatrimestre a ingresar	Ciclo escolar

NOMBRE:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

DIRECCIÓN:	Calle	Colonia	Número

Ciudad ó Municipio	Estado	Teléfono domicilio (con lada)

Teléfono móvil	Correo(s) electrónico(s)	Fecha de Nacimiento			Edad
		Día	Mes	Año	

Preparatoria ó Bachillerato de procedencia:	
Estado y municipio	
Tipo de institución	Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>

Entrega de voucher	Monto total \$850.00	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
--------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------

Nombre y firma del alumno (a)