

FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN

Ciudad de México, a ____ de _____ de ____.

MATRÍCULA: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
------------------	------------------	------------

FOTO

LICENCIATURA: Opción 1 _____ Opción 2 _____

ESTADO CIVIL: _____ **EDAD:** _____

SEXO: MASCULINO () FEMENINO () **CURP (HOMOCLAVE):** _____

NACIONALIDAD: MEXICANA () EXTRANJERA () **PAÍS DE ORIGEN:** _____

DOMICILIO: _____

CALLE No.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
-----------	---------	------------------------

CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (S) CON CLAVE LADA (FIJO)	CELULAR
---------------	------------------------------------	---------

(LOS DATOS ASENTADOS DEL DOMICILIO, DEBEN COINCIDIR CON LA CREDENCIAL DEL IFE O INE, DE NO SER ASÍ, PRESENTAR COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO DONDE SE VA A RESIDIR EN CASO DE SER ESTUDIANTE FORÁNEO).

LUGAR DE NACIMIENTO: CDMX () **OTRA ENTIDAD:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESCUELA DE PROCEDENCIA DEL BACHILLERATO Y DE QUE ESTADO: _____

PROMEDIO: _____ **ÁREA DEL BACHILLERATO:** _____

TRABAJA ACTUALMENTE SI () NO () ESPECIFIQUE: _____

DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE Ó ESPECIFIQUE CUANTOS DEPENDIENTES TIENE: _____

¿HA ESTUDIADO OTRA LICENCIATURA? SI () NO () ESPECIFIQUE: _____

DOCUMENTACIÓN RECIBIDA

ACTA DE NACIMIENTO () ORIGINAL () COPIA

CERTIFICADO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR () ORIGINAL () COPIA

CURP () ORIGINAL () COPIA

FOTOCOPIA DE INE () COPIA

COPIA DE HOJA DE FILIACIÓN ()

COPIA DE PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES ()

OBSERVACIONES: _____

ES INDISPENSABLE QUE LOS DATOS PRESENTADOS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD SEAN ESTRICTAMENTE *apegados* A LA VERDAD, EN LA CONSIDERACIÓN DE QUE SERÁN CONFIDENCIALES. EL PRESENTAR INFORMACIÓN FALSA DARÁ EVIDENCIA A MALA FE Y CAUSARÁ LA CANCELACIÓN DE TRÁMITE DE LA SOLICITUD, AÚN Y CUANDO ÉSTA YA HAYA SIDO ACEPTADA. EN CUALQUIER CASO LA ESCUELA SUPERIOR DE REHABILITACIÓN HARÁ USO DE SU DERECHO A VERIFICAR TOTAL O PARCIALMENTE LA INFORMACIÓN EN LA SOLICITUD.

LOS ALUMNOS QUE NO TENGAN COMPLETA SU DOCUMENTACIÓN AL INICIO DEL CURSO, SERÁN INSCRITOS COMO CONDICIONADOS.

FIRMA DEL ALUMNO: _____ **FIRMA DEL COORDINADOR DE** _____

LA LICENCIATURA: _____

DIRECTOR (A) DE LA ESCUELA SUPERIOR DE REHABILITACIÓN

F02-PR-SEP-02 Rev.08 DIC 20



ACUSE DE RECIBO DE DOCUMENTOS.

ACTA DE NACIMIENTO () ORIGINAL () COPIA

CERTIFICADO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR () ORIGINAL () COPIA **NOMBRE Y FIRMA DEL QUE RECIBE**

CURP () ORIGINAL () COPIA

FOTOCOPIA DEL INE () COPIA

OBSERVACIONES: _____

NOTA: EL ASPIRANTE ACEPTADO: SU DOCUMENTACIÓN SE CONSERVARÁ EN EL EXPEDIENTE ACADÉMICO HASTA EL TÉRMINO DE LA LICENCIATURA.

EL ASPIRANTE NO ACEPTADO, DEBERÁ RECOGER SU DOCUMENTACIÓN ORIGINAL, EN EL TRANCURSO DE DIEZ DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE DARSE A CONOCER LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN, YA QUE DESPUÉS DE LA FECHA **LA ESCUELA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS DOCUMENTOS.**

Aviso de Privacidad: El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato único de inscripción, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.