INSTITUTO DE ESPECIALIZACIÓN PARA EJECUTIVOS.
INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA SUPERIOR E INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CONTROL ESCOLAR

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN - LICENCIATURAS

Fecha:	

Datos del Aspirante

Nombre:			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Título:		Matrícula:	
Programa:			
Correo electrónico:			

Datos Académicos

Periodo		
Ene - Abr	May - Ago	Sep - Dic

Trimestre					
1er Cuatrimestre		**2do Cuatrimestre**		**3er Cuatrimestre**	
4to Cuatrimestre		**5to Cuatrimestre**		**6to Cuatrimestre**	
7mo Cuatrimestre		**8vo Cuatrimestre**		**9no Cuatrimestre**	

Forma de pago

El pago será: Mensual ☐ Una sola exhibición ☐

Requiere Factura: Sí ☐ No ☐

R.F.C.	

Firma y Sello de Servicios Escolares		Firma y Sello de Caja	
Fecha de recepción:		Fecha de recepción:	

Firma del (a) alumno (a)