

ESCUELA NORMAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR
SEMESTRE 07 SECCIÓN C MODALIDAD ESCOLARIZADA

DATOS DEL SOLICITANTE

<u>FIGUEROA</u> APELLIDO PATERNO	<u>HERNÁNDEZ</u> APELLIDO MATERNO	<u>MELISSA ABIGAIL</u> NOMBRE(S)
<u>1992/06/03</u> FECHA DE NACIMIENTO	<u>SAN NICOLAS DE LOS GARZA</u> <u>NUEVO LEON</u> LOCALIDAD Y EDO NACIMIENTO	<u>FIHM920603MNLGRL09</u> CURP
<u>09050717</u> NÚMERO DE MATRICULA	<u>8442767570</u> TELÉFONO CELULAR	<u>aby_0392@hotmail.com</u> DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

SERVICIO MÉDICO

<u>JUAN MANUEL FIGUEROA TAVAREZ</u> EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:	<u>4105790</u> AL TELÉFONO	<u>PADRE</u> PARENTESCO
<u>NO TENGO</u> INSTITUCIÓN	NÚMERO DE FILIACIÓN	<u>B+</u> TIPO DE SANGRE

DOMICILIO LOCAL

<u>CENTENARIO -225</u> CALLE Y NÚMERO	<u>ZONA CENTRO</u> COLONIA	<u>25000</u> CÓDIGO POSTAL
<u>4105790</u> TELÉFONO (CON LADA)	<u>SALTILLO</u> CIUDAD	<u>SALTILLO</u> MUNICIPIO

DOMICILIO FORÁNEO

CALLE Y NÚMERO	COLONIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO (CON LADA)	CIUDAD	MUNICIPIO

SITUACIÓN ESCOLAR

NUEVO INGRESO REINGRESO ALUMNO REGULAR ALUMNO IRREGULAR

SI ES ALUMNO IRREGULAR, ESPECIFIQUE CUÁLES ASIGNATURAS ADEUDA:

NOMBRE DE LA ASIGNATURA	SEMESTRE

PARA LOS ESTUDIANTES DE MODALIDAD ESCOLARIZADA QUE LABORAN

<u>CONSULTORIO DENTAL</u> NOMBRE DE LA EMPRESA (COMPAÑÍA, INSTITUCIÓN)	<u>BASE</u> TIPO DE CONTRATACIÓN (BASE, EVENTUAL)	<u>MACLOVIO HERRERA 912 ZONA CENTRO</u> <u>SALTILLO COAHUILA MEXICO TEL. 4121393</u> DOMICILIO DE TRABAJO (INCLUYA LOCALIDAD Y TELÉFONO)
<u>4 PM- 8PM</u> HORA DE TRABAJO	<u>LUNES, MIERCOLES, SÁBADO</u> DÍAS EN QUE LABORA	<u>ASISTENTE DENTAL</u> PUESTO

EXCLUSIVAMENTE PARA ESTUDIANTES DE MODALIDAD MIXTA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SISTEMA AL QUE PERTENECE	NIVEL EDUCATIVO
NÚMERO DE HORAS	GRADO(S) QUE ATIENDE	MATERIAS QUE ATIENDE
HORARIO DE TRABAJO	CLAVE PRESUPUESTAL	SUELDO MENSUAL

OTROS ESTUDIOS

ESTUDIOS TERMINADOS EN OTRAS INSTITUCIONES
ESTUDIOS ACTUALES EN OTRAS INSTITUCIONES
LENGUAS EXTRANJERAS O DIALECTOS

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)