

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|--|--|--|
| <u>PIZARRO</u> APELLIDO PATERNO | <u>VASQUEZ</u> APELLIDO MATERNO | <u>ANAHI VIRGINIA</u> NOMBRE(S) |
| <u>1992/01/07</u> FECHA DE NACIMIENTO | <u>MONCLOVA</u> <u>COAHUILA</u> LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO | <u>PIVA920107MCLZSN07</u> CURP |
| <u>110501020000</u> NÚMERO DE MATRICULA | <u>8666507346</u> TELÉFONO CELULAR | <u>anahi992@hotmail.com</u> DIRECCIÓN ELECTRÓNICA |

SERVICIO MÉDICO

| | |
|---|----------------------------------|
| SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>CLINICA DEL MAGISTERIO</u> | |
| EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>CINTHYA SELENE VASQUEZ RAMOS</u> | |
| <u>PARENTESCO PRIMA</u> | TELÉFONO <u>8448700449</u> |
| <u>TIPO DE SANGRE B+</u> | No. DE AFILIACIÓN <u>11198-1</u> |
| <u>PADECIMIENTO CRÓNICO NO TENGO</u> | PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO |

DOMICILIO LOCAL

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>LUIS G. BANUET #11</u> | | |
| <u>RIO BRAVO</u> COLONIA | <u>25220</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8444392901</u> TELÉFONO (CON LADA) |
| <u>SALTILLO</u> LOCALIDAD | <u>COAHUILA</u> ESTADO | <u>SALTILLO</u> MUNICIPIO |

DOMICILIO FORÁNEO

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--|
| CALLE Y NÚMERO <u>SEC.3 #696</u> | | |
| <u>OBRAERA SUR</u> COLONIA | <u>25790</u> CÓDIGO POSTAL | <u>8666364056</u> TELÉFONO (CON LADA) |
| <u>MONCLOVA</u> LOCALIDAD | <u>COAHUILA</u> ESTADO | <u>MONCLOVA</u> MUNICIPIO |



SITUACIÓN ESCOLAR

NUEVO INGRESO REINSCRIPCIÓN REINGRESO CAMBIO
ALUMNO REGULAR ALUMNO IRREGULAR

SI ES ALUMNO IRREGULAR, ESPECIFIQUE CUÁLES ASIGNATURAS ADEUDA:

| NOMBRE DE LA ASIGNATURA | SEMESTRE |
|-------------------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

DATOS LABORALES

| | | |
|----------------------|-----------|---------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | TELÉFONO |
| TIPO DE CONTRATACIÓN | BASE ____ | EVENTUAL ____ |
| DÍAS LABORALES | PUESTO | |

ALUMNOS QUE LABORAN EN EDUCACIÓN

| | | | | |
|----------------------------|--------------|--------------------|-----------------|--------------------------|
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | | | | |
| DOMICILIO | LOCALIDAD | | TELÉFONO | |
| NIVEL EDUCATIVO | | HORARIO | | |
| SISTEMA AL QUE PERTENECE | ESTATAL ____ | FEDERAL ____ | PARTICULAR ____ | ANTIGÜEDAD AÑOS MESES |
| NÚMERO DE HORAS | | GRADOS QUE ATIENDE | | |
| MATERIAS QUE ATIENDE: | | | | |
| CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES): | | | | |

OTROS IDIOMAS

| | | |
|-------------|--------------|------------------------|
| INGLÉS ____ | FRANCÉS ____ | OTROS ____ ESPECIFICAR |
|-------------|--------------|------------------------|

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)