



## **DATOS DEL SOLICITANTE**

<u>ORTIZ</u> APELLIDO PATERNO	MORALES APELLIDO MATERNO	PAULINA NOMBRE(S) OIMP041130MCLRRLA6 CURP		
2004/11/30 FECHA DE NACIMIENTO	<u>TORREÓN</u> <u>COAHUILA</u> LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO			
<u>220501090000</u> NÚMERO DE MATRICULA	<u>8714736846</u> TELÉFONO CELULAR	paulina.ortiz.o0411@alumnocoahuila.gob.mx DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		

## **SERVICIO MÉDICO**

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>IMSS</u>				
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>MYRNA MORALES GARAY</u>				
PARENTESCO <u>MADRE</u>	TELÉFONO <u>8445430782</u>			
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN			
PADECIMIENTO CRÓNICO	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO <u>NO</u>			

## **DOMICILIO LOCAL**

CALLE Y NUMERO <u>ZAFIRO #277</u>		
<u>MIRAVALLE</u>	<u>25060</u>	<u>8714736846</u>
COLONIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CON LADA)
<u>SALTILLO</u>	<u>COAHUILA</u>	<u>SALTILLO</u>
LOCALIDAD	ESTADO	MUNICIPIO

## **DOMICILIO FORÁNEO**

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













NUEVO INGRESO	REINSCF	RIPCIÓN	Χ	REINGR	ESO		CAMBIO	
ALUMNO REGULAR	X ALUMNO	IRREGULA	R 🔲					
SI ES ALUMNO IRREG	ULAR, ESPECIF	IQUE CUÁI	ES ASIGNA	TURAS AD	EUDA:			
	NOMBRE	DE LA ASIGN	ATURA/CURSO	1			SEN	MESTRE
			DATOS LA	BORALES				
NOMBRE DE LA EMPRESA								
				,				
DOMICILIO	CILIO LOCALIDAD			TELÉFONO				
TIPO DE CONTRA	TACIÓN	BASE			EVENTUAL			
DÍAS LABORALES						PUESTO		
						•		
		ALUMNOS	QUE LABO	RAN EN E	DUCAC	CIÓN		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN								
DOMICILIO	DOMICILIO		LOCALIDAD		TELÉFONO			
NI	NIVEL EDUCATIVO				HORARIO			
SISTEMA AL QUE PERTENECE	ESTATAL	_	FEDERAL .		PAF	RTICULAR		GÜEDAD S MESES
NÚMERO DE HORAS						GRADOS QUE ATIENDE		
MATERIAS QUE ATIENDE:								
CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES	S):							
			OTROS II	DIOMAS				
INGLÉS		FRANCÉS		OTROS ESPECIFICAR				
						<u> </u>	<u>-</u>	



FIRMA DEL ALUMNO



FECHA (aaaa/mm/dd)