

## SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN POSGRADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	MATRÍCULA
PROGRAMA _____			
CUATRIMESTRE:	SEP- DIC (    )	ENERO – ABRIL (    )	MAYO- AGO (    )
MATERIA 1:	_____		
MATERIA 2:	_____		
MATERIA 3:	_____		



**BIBLIOTECA**

**SELLOS DE NO ADEUDO**



**CAJA**

ESTOY ENTERADO Y ME OBLIGO A PAGAR LAS CUOTAS PARA EL CUATRIMESTRE, EN LA INTELIGENCIA QUE DESPUÉS DE COMENZADA LA MATERIA SE CONSIDERARÁ COMO NO CURSADA AÚN CUANDO EL DOCENTE ME PERMITA LA ENTRADA AL AULA, ASÍ MISMO, QUE DEPENDIENDO DE LA FECHA EN LA QUE REALICE MIS TRÁMITES VARIARÁN LAS CUOTAS ESTABLECIDAS, HACIÉNDOME SABEDOR QUE UNA VEZ REINSCRITO, POR NINGÚN MOTIVO SE REALIZARÁ LA DEVOLUCIÓN DE ESTE IMPORTE.

**PROTESTA:** PROTESTO CUMPLIR CON LAS DIVERSAS ACTIVIDADES Y DISPOSICIONES QUE NORMAN LA ACTIVIDAD ESCOLAR SABEDOR QUE DE NO CUMPLIR CON EL REGLAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR Y APOYO ACADÉMICO Y DE LA UNIDAD ACADÉMICA CORRESPONDIENTE Y LA NORMATIVIDAD DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, CAUSARÉ BAJA DEL PLANTEL, SIN DERECHO A RECLAMAR ASISTENCIAS, CALIFICACIONES O DEVOLUCIÓN DE CUOTAS ECONÓMICAS, DE IGUAL MANERA, EN EL CASO DE BAJA VOLUNTARIA, ANTES DE CONCLUIR UNA MATERIA. ME HAGO SABEDOR QUE EN EL CASO DE ÁREAS TERMINALES Y MATERIAS OPTATIVAS, SE ABRIRÁN SEGÚN LA DEMANDA EVALUADA POR LA DIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

**ASÍ MISMO ME OBLIGO DE INFORMAR A LA INSTITUCIÓN POR ESCRITO DE CUALQUIER PADECIMIENTO QUE REPRESENTA UN RIESGO MIENTRAS ME ENCUENTRE EN LA UNIVERSIDAD.**

FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_

PACHUCA, HGO., \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

**AVISO DE PRIVACIDAD**

La **Universidad La Salle de Pachuca, A.C., (Universidad La Salle Pachuca)**, Avenida San Juan Bautista de La Salle No.1, San Juan Tilcuaotla, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo C.P., 42160, es responsable del tratamiento de los **datos personales generales** recabados a través de este formato, los cuales serán utilizados con la finalidad esencial de dar inicio a los trámites de reinscripción de los solicitantes. Si desea saber más sobre el tratamiento de los datos personales que realiza la Universidad; o bien, desea conocer el **Aviso de Privacidad Integral** de la institución, puede consultarlo en [www.lasallep.edu.mx](http://www.lasallep.edu.mx), sección: Aviso de Privacidad.

**COMPROBANTE DE REINSCRIPCIÓN**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	MATRÍCULA
PROGRAMA _____			
ENERO – ABRIL	MAYO – AGOSTO	SEP- DIC	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTA: PARA PODER REALIZAR TU PAGO, ES INDISPENSABLE PRESENTAR ESTA SOLICITUD EN LAS VENTANILLAS DEL ÁREA DE CAJA.**