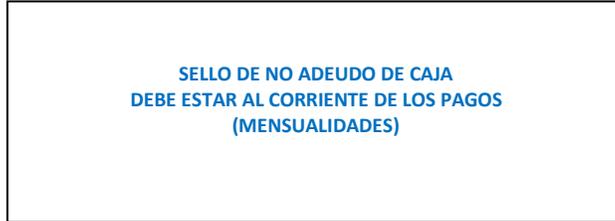


INSTRUCCIONES: LLENAR DE MANERA COMPLETA Y CORRECTA TODOS LOS CAMPOS Y ENTREGARLO A LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN ESCOLAR DE POSGRADO

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



PROTESTA

ESTOY ENTERADO Y CONSCIENTE DE REALIZAR MI TRÁMITE DE REINSCRIPCIÓN Y DE ESTAR AL CORRIENTE CON LOS PAGOS DE COLEGIATURA EN LOS TIEMPOS Y FORMAS QUE ESTABLECE LA UNIVERSIDAD, DE LO CONTRARIO, SERÉ ACREEDOR A LA SANCIÓN ECONÓMICA Y ACADÉMICA QUE IMPLIQUE; CON BASE EN LAS POLÍTICAS Y LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL.

POR LO ANTERIOR ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LAS DIVERSAS ACTIVIDADES Y DISPOSICIONES QUE NORMAN LA ACTIVIDAD ESCOLAR EVITANDO CAUSAR BAJA DEL POSGRADO, SIN DERECHO A RECLAMAR ASISTENCIAS, CALIFICACIONES O DEVOLUCIÓN DE CUOTAS ECONÓMICAS, DE IGUAL MANERA, EN EL CASO DE BAJA VOLUNTARIA, ANTES DE CONCLUIR ALGUNA MATERIA.

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 Tilcautla, 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, sección: Aviso de Privacidad.

COMPROBANTE DE REINSCRIPCIÓN

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

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