

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN
POSGRADO

APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____	MATRÍCULA _____
PROGRAMA _____		GRUPO _____	

DATOS GENERALES**En caso de haber cambiado o falta información, favor de actualizar los datos)**

DIRECCIÓN: _____

COLONIA: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

MUNICIPIO Y ESTADO: _____ TELÉFONO DE CASA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

La **Universidad La Salle de Pachuca, A.C., (Universidad La Salle Pachuca)**, con domicilio en Avenida San Juan Bautista de La Salle No. 1, San Juan Tilcuautila, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo C.P. 42160; asegura la más estricta confidencialidad en la recolección y el tratamiento de los datos del(os) alumno(s) facilitados en este formato para la protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Los datos recabados a través de este formato se utilizarán para la reinscripción al cuatrimestre. Para el ejercicio de sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como para revocar su consentimiento puede enviar su solicitud vía electrónica a la dirección gescolar@lasallep.edu.mx

Este Aviso de Privacidad está vigente desde el primero de enero de 2012 y podrá ser modificado por la Universidad, en forma discrecional. Si tiene alguna duda sobre el contenido, interpretación o alcance de este aviso puede contactar a nuestra oficina de privacidad vía correo electrónico en la dirección gescolar@lasallep.edu.mx

SELLOS DE NO ADEUDO**BIBLIOTECA****CAJA**

ESTOY ENTERADO Y ME OBLIGO A PAGAR LAS CUOTAS PARA EL CUATRIMESTRE, QUE SE MENCIONAN EN EL CALENDARIO DE PAGOS, LAS CUALES PODRÁN SER CUBIERTAS MEDIANTE CUALQUIERA DE LAS OPCIONES QUE SE PRESENTAN EN EL MISMO, 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 VARIARAN 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 EN LA INTELIGENCIA QUE DE NO CUMPLIR CON EL REGLAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR Y APOYO ACADÉMICO Y DE LA FACULTAD 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 FACULTAD.

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

FIRMA DEL ALUMNO

PACHUCA, HGO., _____ DE _____ DE _____.

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

APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____	MATRÍCULA _____
PROGRAMA _____		GRUPO _____	

ENERO – ABRIL

☐

MAYO – AGOSTO

☐

SEPTIEMBRE – DICIEMBRE

☐