

FECHA: _____

FORMATO PARA REINSCRIPCIÓN

Reingreso por baja. (Marque con una ✓)

MATRICULA	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	
PROGRAMA EDUCATIVO	
CUATRIMESTRE AUTORIZADO	
OBSERVACIÓN	

Autoriza:

 Director/a de División

NOTA: Las equivalencias, revalidación o acreditación, movilidad nacional e internacional, serán por vía memorándum.

FECHA DE REVISIÓN: 25-OCTUBRE-2019	REVISIÓN: 0	INS-I04-F02
------------------------------------	-------------	-------------