

TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE VALLE DE BRAVO

Favor de llenar esta solicitud a computadora o con letra de molde legible. Colocar el número en el cuadro correspondiente.

<input style="width: 90%;" type="text"/> Apellido paterno	<input style="width: 90%;" type="text"/> Apellido materno	<input style="width: 90%;" type="text"/> Nombre(s)																						
Fecha de nacimiento <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dia</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td> <td></td> </tr> </table>								Dia	Mes	Año					Sexo <input type="checkbox"/> 1 Masculino 2 Femenino	Nacionalidad _____ Lugar de Nacimiento _____ Municipio y Estado _____								
Dia	Mes	Año																						
Estado civil <input type="checkbox"/> 1 Soltero 2 Casado 3 Divorciado 4 Viudo 5 Union libre	Curp <input style="width: 100%;" type="text"/> RFC _____ e-mail _____ Tipo de Sangre _____	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>																						
<input style="width: 90%;" type="text"/> Calle	<input style="width: 50%;" type="text"/> Número	<input style="width: 90%;" type="text"/> Colonia																						
<input style="width: 90%;" type="text"/> Localidad	<input style="width: 90%;" type="text"/> Municipio	<input style="width: 90%;" type="text"/> Estado																						
<input style="width: 100%;" type="text"/> Código postal	<input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono Fijo con lada	<input style="width: 100%;" type="text"/> Celular																						
Habla alguna lengua indígena No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Tiene alguna discapacidad No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____																								
Preparatoria de Procedencia _____ Programa de estudios en la que fue aceptado (a) _____																								
Copias de documentos entregados a la Subdirección de Servicios Escolares para cotejo	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Acta de nacimiento</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Certificado de preparatoria</td></tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Constancia original de bachillerato(solo en caso de no tener certificado)</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Comprobante domiciliario</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Curp,Nuevo Formato</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Certificado médico con tipo de sangre</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Comprobante de pago de inscripción al TESVB</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Afiliación a alguna Institucion de Salud Pública</td></tr> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Aviso de Privacidad</td></tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Certificado parcial original</td></tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td>Resolución parcial de Equivalencia de Estudios de Licenciatura</td></tr> </table>		Acta de nacimiento		Certificado de preparatoria		Constancia original de bachillerato(solo en caso de no tener certificado)		Comprobante domiciliario		Curp,Nuevo Formato		Certificado médico con tipo de sangre		Comprobante de pago de inscripción al TESVB		Afiliación a alguna Institucion de Salud Pública		Aviso de Privacidad		Certificado parcial original		Resolución parcial de Equivalencia de Estudios de Licenciatura	<p>Me doy por enterada(o) que en el caso de que yo haya reprobado una o más materias de preparatoria y que la fecha de acreditación de la materia aparezca en el certificado de bachillerato con fecha posterior a 6 meses a mi ingreso al TESVB o la de emisión del certificado sea posterior a 6 meses, este me dará de baja definitiva en el momento en el que se tenga conocimiento.</p>
	Acta de nacimiento																							
	Certificado de preparatoria																							
	Constancia original de bachillerato(solo en caso de no tener certificado)																							
	Comprobante domiciliario																							
	Curp,Nuevo Formato																							
	Certificado médico con tipo de sangre																							
	Comprobante de pago de inscripción al TESVB																							
	Afiliación a alguna Institucion de Salud Pública																							
	Aviso de Privacidad																							
	Certificado parcial original																							
	Resolución parcial de Equivalencia de Estudios de Licenciatura																							
Valle de Bravo Estado de México a ____ de ____ de ____																								
CERTIFICO QUE LOS DATOS ASENTADOS POR MÍ SON VERIDICOS Y ACEPTO QUE EN CASO DE QUE SE ME COMPRUEBE LO CONTRARIO, SERÉ DADO DE BAJA DEFINITIVAMENTE DEL TESVB	Firma de la o el estudiante	Subdirección de Servicios Escolares																						