

Procedimiento: Coordinación y Seguimiento de la Admisión, Inscripción y Reinscripción

Formato: SOLICITUD INSCRIPCIÓN, REINSCRIPCIÓN Y/O READMISIÓN.
Código: 14-527-SE-FO-07
Versión: 01
Fecha de aprobación: 01/07/2021
Página 1 de 2
Plantel CONALEP
**Fecha de
solicitud:**
 (DÍA) (MES) (AÑO)

Solicitó:
 INSCRIPCIÓN REINSCRIPCIÓN READMISIÓN EQUIVALENCIA PORTABILIDAD

GRUPO		MATRÍCULA									-
CARRERA											

Apellido Paterno											
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido Materno											
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre											
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Turno	M	V	Nacionalidad	MEXICANA	EXTRANJERA	Forma FM-9	(SI) (NO)
-------	----------	----------	--------------	----------	------------	------------	-----------

No. Afiliación	Institución		CLINICA	
----------------	-------------	--	---------	--

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F	M

CURP

DD	MM	AAAA
FECHA NACIMIENTO		

SEXO

Domicilio

--	--	--	--

Calle	No. Exterior	No. Interior	Código Postal
-------	--------------	--------------	---------------

--	--	--

Colonia	Municipio	Teléfono particular
---------	-----------	---------------------

--	--	--

Teléfono Celular	Correo electrónico institucional	Correo electrónico personal
------------------	----------------------------------	-----------------------------

--	--	--	--

No. de Dpnte. económicos	Alergia (s)	Cardiopatía	Epilepsia	Discapacidad
--------------------------	-------------	-------------	-----------	--------------

SI	NO			
-----------	-----------	--	--	--

Trabaja	No. Afiliación	Nombre de la Empresa donde Trabaja	Horario	Teléfono del Trabajo
---------	----------------	------------------------------------	---------	----------------------

Datos Familiares

--	--

Nombre completo del Padre	Nombre completo de la Madre
---------------------------	-----------------------------

--	--

Calle, No. Exterior, No. Interior	Calle, No. Exterior, No. Interior
-----------------------------------	-----------------------------------

--	--

Colonia, Municipio, Código Postal	Colonia, Municipio, Código Postal
-----------------------------------	-----------------------------------

--	--

No. de teléfono de contacto	No. de teléfono de contacto
-----------------------------	-----------------------------

En caso de no tener teléfono, anota alguno donde podamos localizarle:

--

Me comprometo a cumplir con el REGLAMENTO ESCOLAR

--	--

Firma del Alumno




Firma del Padre, Madre o Tutor

Registro de la SOLICITUD en el Plantel realizado por:

--	--

Nombre

Firma

 	COLEGIO DE EDUCACIÓN PROFESIONAL TÉCNICA DEL ESTADO DE JALISCO	
Procedimiento: Coordinación y Seguimiento de la Admisión, Inscripción y Reinscripción		
Formato: SOLICITUD INSCRIPCIÓN, REINSCRIPCIÓN Y/O READMISIÓN.		
Código: 14-527-SE-FO-07	Versión: 01	Fecha de aprobación: 01/07/2021
Página 2 de 2		

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

Los siguientes documentos deberán ser entregados en original y copia por ambos lados, en una sola hoja tamaño carta, no oscura, ni demasiado clara, ni borrosa; las fotografías, el texto y las copias de los documentos deben ser completamente legibles.

Original	Copia	Documento	Fecha entrega	Nombre de quien recibido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitud de Inscripción		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acta de Nacimiento y/o copia certificada (<i>Con fecha de expedición no mayor a un año</i>)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de Terminación de Estudios de Secundaria		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constancia expedida por la escuela que indique que concluyó sus estudios de Secundaria (<i>Firmar carta compromiso de entrega de Certificado de Estudios</i>)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tres fotografías iguales, recientes, tamaño infantil, de frente, a color.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clave Única de Registro de Población (CURP)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del NSS o comprobante de afiliación		
En caso de ser extranjero				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento migratorio vigente.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dictamen de revalidación de estudios de secundaria emitidos por la autoridad educativa mexicana competente.		
		Otros: _____		

Toda información clasificada como confidencial, el tratamiento y uso de la misma se realizará atendiendo a los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad de la información, de acuerdo con los siguientes compromisos:

- Mantener el resguardo y confidencialidad de los datos, independientemente del medio en que se entregue;
- Asegurar que el uso de la información se utilice para los fines señalados.

En apego a los artículos 116 y 120 fracción V de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en concordancia con la fracción I y último párrafo del artículo 113 y fracción V del artículo 117 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; asimismo, la fracción IX del artículo 3, 16, 17, 22 fracción II, 31 y 32 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

El Aviso de Privacidad se podrá consultar a través del siguiente link: <https://conalepjalisco.edu.mx/web/index.php/aviso>