



FORMATO DE NUEVO INGRESO

Código:	F-DSE-01-00-02
No. Revisión:	4
Fecha de Emisión:	15/05/2015.
Página:	1 de 1

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ **No. CONTROL:** _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) (Tal y como aparece en el acta de nacimiento)

FECHA DE NAC.: _____ **LUGAR DE NAC.:** _____ **Tipo Sanguíneo:** _____
Día/Mes/Año Municipio, Edo.

DIRECCIÓN: _____
Calle Núm. Colonia C.P.

Ciudad Estado Correo Electrónico

TELÉFONO (CASA) TELÉFONO (CELULAR) TELÉFONO (RECADOS) CURP:

Persona con Discapacidad: SI NO Tipo: _____

DATOS ESCOLARES:

ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____

MUNICIPIO: _____ **ESTADO:** _____ **Promedio:** _____

BECA: SI NO **CUAL :** _____

CARRERA SOLICITADA:

- INGENIERÍA INDUSTRIAL INGENIERIA EN INDUSTRIAS ALIMENTARIAS
 INGENIERÍA EN SISTEMAS COMPUTACIONALES INGENIERÍA MECATRÓNICA

DATOS DEL PADRES O TUTOR:

NOMBRE DEL PADRE: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **Lugar de trabajo** _____
Domicilio: _____

Tel. Casa _____ **Tel. Celular :** _____ **Tel. Trabajo :** _____

NOMBRE DEL MADRE: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **Lugar de trabajo** _____
Domicilio: _____

Tel. Casa _____ **Tel. Celular :** _____ **Tel. Trabajo :** _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **Lugar de trabajo** _____
Domicilio: _____

Tel. Casa _____ **Tel. Celular :** _____ **Tel. Trabajo :** _____

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- COPIA DEL CERTIFICADO DE BACHILLERATO Y/O CONSTANCIA DE TERMINACIÓN TOTAL DE BACHILLERATO SIN ADEUDOS DE MATERIAS. ORIGINAL CERTIFICADO MÉDICO EXPEDIDO POR UNA DEPENDENCIA DEL SECTOR PÚBLICO SALUD, INDICANDO EL TIPO SANGUÍNEO, ALERGIAS Y SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA.
- COPIA ACTA DE NACIMIENTO COPIA PAGO DE DERECHOS
- COPIA CURP OTROS _____

NOTA: (Según acuerdo No. 1 de la SPC emitido por la Secretaría de Educación Pública el 10 de Diciembre de 1997, así como lo establecido por el oficio de DGAIR/1122/2003, emitido por la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación de la SEP con fecha 31 de Octubre del 2003 el estudiante deberá entregar certificado de educación de nivel medio en un plazo improrrogable de seis meses, contados a partir de la fecha de ingreso. Ninguna institución educativa podrá reinscribir alumnos que no presenten el certificado de estudios con el cual acrediten haber concluido completamente algún o algunos de los niveles educativos anteriores al que estén cursando).

GUANAJUATO, GTO. A _____ DE _____ DEL 20__.

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

SERVICIOS ESCOLARES ITESG

INICIO DE CLASES: _____

c.c.p. Estudiante

La información contenida en este documento es propiedad del ITESG y queda prohibida su reproducción total o parcial sin previa autorización.