



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**  
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
REGIÓN COATZACOALCOS-MINATITLÁN  
Facultad de Medicina, Dependencia: 52403, Clave: 14160

FMM-SA-01

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CRÉDITOS**

DATOS DEL ALUMNO						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)			Matrícula	
DOMICILIO ACTUAL		EN EMERGENCIA AVISAR A:			SERVICIO MEDICO	
Correo electrónico institucional:		Teléfono:			Institución:	
		Nombre:			No. de seguridad social:	
Teléfono:						
DATOS ACADÉMICOS						
PROGRAMA EDUCATIVO	CAMPUS		PERIODO: (1) Ago/Ene (2) Feb/Jul			
Médico Cirujano	I Minatitlán, Nivel L		Clave SIIU:			
MEDI-04-E-CR	Código 42		de _____ a _____			
INSCRIPCIÓN A EXPERIENCIAS EDUCATIVAS						
No.	NRC	EXPERIENCIA EDUCATIVA	INSCRIPCIÓN		HORAS Teo/Prac	CRÉDITOS
			1ª.	2ª.		
1					/	
2					/	
3					/	
4					/	
5					/	
6					/	
7					/	
8					/	
<b>TOTAL DE CRÉDITOS PARA EL PERIODO: (Mínimo 32, Estándar 49, máximo 62)</b> Art. 27 y 28, Estatuto de alumnos 2008						
TUTOR ACADEMICO (Nombre y firma) _____						
TIPO DE INSCRIPCIÓN						
REINGRESO	TRASLADO		REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA		REINGRESO DE BAJA TEMPORAL	
	Autorización No. _____		Autorización No. _____			
VENTANILLA						
Sello, nombre y rubrica del responsable del proceso en ventanilla _____						
COBERTURA DEL ARANCEL						
Deberá cubrir el pago arancelario el mismo día de realizar la inscripción						
Referencia de la Autorización de condonación	Referencia bancaria de pago (Efectivo, transferencia, etc.)		OBSERVACIONES			
	Banco: _____ No. operación _____		El caso omiso a esta leyenda dejará sin efecto el trámite de Inscripción Académica			
ATENTAMENTE LIS DE VERACRUZ, ARTE, CIENCIA, LUZ						
MINATITLÁN, VER. A _____ DE _____ DEL 20 _____						
ESTUDIANTE (Nombre y firma) _____			SECRETARIA DE LA FACULTAD _____			

\* Sujeto a la revisión de escolaridad.      \* Usar tinta azul en el original.