UNIVERSIDAD VERACRUZANA
Facultad de Odontología
Región Xalapa

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ACADÉMICA

DATOS DEL ALUMNO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	ID Matrícula

DOMICILIO ACTUAL Y TELEFONO	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	SERV. MÉDICO

DATOS ACADÉMICOS

CARRERA	CAMPUS	PERIODO	SECCIÓN
	XALAPA	202501: agosto 2024 – enero 2025	

INSCRIPCION A EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

NRC	EXPERIENCIA EDUCATIVA	INSCRIPCIÓN 1ª.	INSCRIPCIÓN 2ª.	No. CRED	HORARIO

TOTAL DE CRÉDITOS	
TUTOR ACADÉMICO	

TIPO DE INSCRIPCIÓN

REINGRESO		TRASLADO		POR REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS		REINGRESO DE BAJA TEMPORAL	

OBSERVACIONES

XALAPA-EQUEZ. VER., A _____ DE AGOSTO DE 2024

FIRMA DEL ALUMNO

MSP. ALICIA MARTÍNEZ FLORES
SECRETARIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

- Este trámite está sujeto a la revisión de la escolaridad.
- Anotar el nombre de tu secretaria de ventanilla.