

**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO**

**Instituto Tecnológico de Puebla**



**Nombre del documento:**  
Solicitud de inscripción

**Código:**  
ITPUE-AC-SGC-PO-001-01

**Revisión:** 18

**Referencia de la Norma:**  
ISO 9001:2015 Req. 8.2.1,8.2.2,8.2.3,8.5.3,8.3.3

**Página** 1 de 1

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**GÉNERO:** F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ **NO SE IDENTIFICA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **COLONIA:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO CELULAR:** \_\_\_\_\_

**TEL. CASA:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DE PROCEDENCIA (BACHILLERATO, PREPARATORIA, SISTEMA ABIERTO):**

**NOMBRE DE LA ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**ESTADO:** \_\_\_\_\_ **MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA O DISCAPACIDAD**

**PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA:** SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, CUÁL: \_\_\_\_\_.

**PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD:** SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, CUÁL: \_\_\_\_\_.

**PERTENECE A ALGUNA ETNIA:** SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, CUÁL: \_\_\_\_\_.

**HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA:** SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_, CUÁL: \_\_\_\_\_.

**CARRERA QUE CURSARÁ:**

**CARRERA:** \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES:**

Original para cotejar y copias	DOCUMENTOS SOLICITADOS	DOCUMENTOS ENTREGADOS
2	CONTRATO CON EL/LA ESTUDIANTE	
2	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE EXPEDIENTE	
2	CARTA CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES	
1	COPIA DE COMPROBANTE DE PAGO	
1	CERTIFICADO LEGALIZADO DE BACHILLERATO, PREPARATORIA O SISTEMA ABIERTO	
1	ACTA DE NACIMIENTO	
1	CURP	
**1	INE (MAYOR DE EDAD)	
1	COMPROBANTE DE DOMICILIO	
1	CERTIFICADO MEDICO DE INSTITUCIÓN OFICIAL CON TIPO DE SANGRE ( <b>NO MAYOR A 6 MESES</b> )	
1	CONSTANCIA DE VIGENCIA DE DERECHOS	
** 1	COMPROBANTE O PÓLIZA DE AFILIACIÓN DE ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	
** 2	CARTA DE RENUNCIA AL SEGURO FACULTATIVO	
** 1	DICTAMEN DE REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA DE ESTUDIOS	
** 1	COPIA DE FORMA FM 9 (EN CASO DE SER EXTRANJERO)	

**SELLO**

\*\* Cuando aplique  
En caso de no contar con el Certificado legalizado se deberá presentar Solicitud de prórroga para entrega de documentos