



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE: _____ ESCUELA: _____

<i>Apellido paterno</i>	<i>Apellido materno</i>	<i>Nombre(s)</i>
DOMICILIO:		TELÉFONO:
COLONIA:		CODIGO POSTAL:
CORREO ELECTRÓNICO:		CORREO ALTERNO:
SEXO: F () M ()		EDAD:

SEMESTRE: Número de registro:

ESTATUS: alumno de tiempo completo **C** alumno de tiempo parcial **P**
(Marcar el estatus con una X)

PROGRAMA DE POSGRADO:

PROGRAMA SEMESTRAL Reinscripción al semestre: 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Marcar con una X

CLAVE	ACTIVIDAD ACADÉMICA (CURSO)	PROFESOR	LUGAR DE REALIZACIÓN

Alumno

Consejero de Estudios

Jefe de la Sección o Director del Centro

Fecha:
d m a

NOTA: Todo cambio de estatus para el semestre vigente, deberá anexar acuerdo de colegio (art. 13) y justificación de la misma.