



PROGRAMA ACADEMICO QUE DESEA CURSAR

FECHA: 23/10/25

DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

No. de Control Asignado:

Nombre completo del Aspirante		CURP	Genero
No. Cta	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
Domicilio		Calle	No. Colonia Ciudad

DATOS DE ESTUDIOS PREVIOS

Escuela donde realizó sus estudios

DATOS DE CONTACTO

Teléfono de Casa	Teléfono de Celular	Correo Electrónico
------------------	---------------------	--------------------

Hablante de lengua indígena: No

Inscripción a Especialidad en: Inglés Francés Italiano

Responsiva

Confirmo que conozco, entiendo y acepto que:

a)

- b) El costo total de los servicios por concepto de preinscripción, inscripción, reinscripción, colegiaturas y el número de ellas en el periodo, exámenes extraordinarios, cursos de regularización, duplicados de certificados, constancias, credenciales, cursos complementarios, prácticas deportivas especiales y otras actividades extracurriculares, costo del servicio de transporte, calendario de pagos y recargos por mora, lista de actividades opcionales y su costo , el nombre de los principales directivos de la Universidad y su horario de oficina, así como los demás datos que he requerido de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, A.C. para la prestación de los servicios educativos que ofrece.
- c) He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones del Aviso de Privacidad para estudiantes de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, A.C.

Firma del Aspirante

Autorizó (Nombre y Firma)

Fecha de Recepción: / /
Día / Mes / Año

sello de Pagado