



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DEL ESTADO DE SINALOA

ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO



SINALOA GOBIERNO DEL ESTADO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE REINGRESO 2024-2 (PRE)

UNIDAD ACADÉMICA \_\_\_\_\_

SEBSEDE/EXTENSIÓN \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

LICENCIATURA: \_\_\_\_\_

ASIGNATURA (S): \_\_\_\_\_

CURSAR

RECURSAR

DATOS PERSONALES			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
TELEFONO PARTICULAR		TELEFONO CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO		NOMBRE(S)	
DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE	NÚMERO	COLONIA	CP
CIUDAD O POBLACIÓN		ESTADO	

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DE QUIEN RECIBE

LUGAR Y FECHA