



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN
Dirección General de Servicios al Estudiante
Dirección de Control Escolar

SOLICITUD DE INGRESO POR CAMBIO DE PROGRAMA EDUCATIVO

Leyenda de Informar

De acuerdo a lo previsto en la "LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE CAMPECHE Y SUS MUNICIPIOS" LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN declara ser una Institución Pública legalmente constituida de conformidad con las leyes mexicanas, con domicilio ubicado en Calle 56 Núm. 4 esquina con Av. Concordia, Colonia Benito Juárez, CP. 24180, Ciudad del Carmen Campeche, México; su información personal será utilizada para realizar las actividades pertinentes al trámite de CAMBIO DE PROGRAMA EDUCATIVO, por lo cual deberá otorgar los datos personales que a continuación se mencionan en el formato. Los datos señalados con un *asterisco son obligatorios de aportar, y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales usted puede ingresar al siguiente link: http://www.unacar.mx/unacar/Documentos/Leyenda_de_Informar_de_Datos_Personales.pdf

AL TACHAR ESTE CUADRO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MIS DATOS PERSONALES, Y ACEPTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL AVISO DE PRIVACIDAD ANTES MENCIONADO.

DATOS ESCOLARES

MATRÍCULA:		NOMBRE:	
FACULTAD A LA QUE DESEA INGRESAR:			
PROGRAMA EDUCATIVO AL QUE SOLICITA INGRESAR:			
MOTIVO DEL CAMBIO:			

Para soporte de mi solicitud adjunto los siguientes documentos:

1. Constancia de aprobación del cambio después de haber concluido mi participación en el "Programa de Ajuste Vocacional" (PAV)
2. Lista de verificación para el cambio de Programa Educativo
3. Kardex de calificaciones actualizado.

ATENTAMENTE
Firma del Solicitante

SELLO DE RECIBIDO DE LA FACULTAD DE DESTINO

VISTO BUENO	ENTERADO	AUTORIZA
Nombre y firma del Gestor	Nombre y firma del Secretario Administrativo	Nombre y firma del Director

AVISO DE BAJA POR CAMBIO DE PROGRAMA EDUCATIVO

DATOS DE LA FACULTAD DE ORIGEN

FACULTAD:	
PROGRAMA EDUCATIVO:	
PROMEDIO GENERAL:	GENERACIÓN DE INGRESO:

FIRMA DE ENTERADO
Nombre y firma del Director

SELLO DE RECIBIDO DE LA FACULTAD DE ORIGEN
--

* Se requiere 4 ejemplares de este formato (Estudiante, Facultad de origen, Facultad de destino, Dirección de Control Escolar).

Calle 56 No. 4 Esq. Av. Concordia, Col. Benito Juárez, C.P. 24180, Cd. del Carmen, Campeche, México.

☎ (938) 38 1 10 18 Ext. 1336, 1540 ✉ E-mail: permanenciayegreso@delfin.unacar.mx

FO-DGSE-CE-22 rev. 05

Fecha de emisión: 03/08/2018

Página 1 de 1