

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS
Francisco García Salinas

ÁREA ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD

SOLICITUD CASOS ESPECIALES

Nombre del aspirante: _____

Carrera a la que aspira _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Número de Aspirante _____

Lugar de nacimiento del aspirante: _____

Lugar de nacimiento del padre: _____

Lugar de nacimiento de la madre: _____

Nombre y lugar de la Institución donde realizó el bachillerato:

Por medio del presente, solicito se revise mi caso especial, en virtud de que he leído los lineamientos de ingreso a los programas educativos pertenecientes al Área Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Declaro que todos los documentos son reales y en caso de descubrir que algún documento es falso, el proceso de ingreso será cancelado y guardado en expediente.

NOMBRE Y FIRMA DE:

Padre y/o tutor:

Madre y/o tutor

Aspirante