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