



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

## Departamento Escolar

### Datos del Estudiante:

Nombre \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_ Lugar de nac: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Domicilio particular. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel. movil: \_\_\_\_\_



### Centro de Esterilización

\_\_\_\_\_  
Sello del Departamento

### UNIDADES DE APRENDIZAJE A CURSAR:

Unidades de Aprendizaje	Semestre	Op.
1.- _____	_____	_____
2.- _____	_____	_____
3.- _____	_____	_____
4.- _____	_____	_____
5.- _____	_____	_____
6.- _____	_____	_____
7.- _____	_____	_____
8.- _____	_____	_____

Estoy enterado (a) de los requisitos de U.A.. del plan de estudios de esta Facultad. Por lo tanto, si alguna de las U.A. que inscribo NO cumple con lo anterior se me dará de BAJA SIN PREVIO AVISO

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

DRA OSVELIA ESMERALDA RODRIGUEZ LUIS  
JEFA DEL DEPTO. ESCOLAR