



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL SUR DEL ESTADO DE MORELOS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**  
**PAGO DE TRÁMITE DE TITULACIÓN Ó PAGO DE EXAMEN EXTRAORDINARIO**

Fecha de solicitud

	/		/	
--	---	--	---	--

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

Carrera: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Por la cantidad de: \_\_\_\_\_ Fecha emitida por el banco: \_\_\_\_\_

Indique si obtuvo algún descuento por concepto de:

BECA  BONO  CONVENIO  OTROS: \_\_\_\_\_

Anote el porcentaje de descuento autorizado \_\_\_\_\_

Por concepto de:

(Señale con una X el concepto del pago que realiza)

Inscripción 1°	Reinscripción 2°	Reinscripción 3°	Reinscripción 4°	Reinscripción 5°	Reinscripción 6°
Inscripción 7°	Reinscripción 8°	Reinscripción 9°	Reinscripción 10°	Reinscripción 11°	Titulación TSU
Titulación ING/LIC	Examen Extraordinario	Reincorporación o Reingreso _____ Cuatrimestre: _____			

SI EL PAGO ES PARA UN EXAMEN EXTRAORDINARIO ANOTAR:

Nombre de la Materia \_\_\_\_\_

De acuerdo al concepto de pago coloque el año vigente en el cuatrimestre correspondiente

Enero/Abril: \_\_\_\_\_ Mayo/Agosto: \_\_\_\_\_ Septiembre/Diciembre: \_\_\_\_\_

N° telefónico en caso de aclaraciones: \_\_\_\_\_

(Opcional)

\_\_\_\_\_

Firma del alumno

SELLO DE RECIBIDO