

**LLENAR CON LETRA LEGIBLE Y MAYÚSCULAS**

 Bachillerato: ☐ Licenciatura: ☐ Posgrado: ☐ Egresado: ☐ Empleado: ☐ Fecha de solicitud:  /  / 

 Fecha de entrega:  /  / 

 Matrícula o nómina:  Programa / Puesto: 
Nombre del Bachillerato o Licenciatura, el Posgrado o el Cargo
  

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

 Domicilio:  Colonia: 

 Ciudad o municipio:  Teléfono: 

 Estado:  CP:  Fecha de nacimiento:  /  / 

 Correo electrónico: 
**NOTAS IMPORTANTES**

 No. Foto: 

- Para recoger tu credencial deberás mostrar identificación oficial.
- Alumnos de primer ingreso deberán haber cubierto la cuota de la primera mensualidad de su colegiatura.
- Toda reposición de credencial requiere la boleta de pago por dicho concepto.
- Para que proceda la elaboración de credencial se deberá contar con estatus de ACTIVO O EGRESADO.
- Cualquier integrante de la comunidad universitaria tiene derecho a realizar el presente trámite sin costo, durante los primeros cuatro meses a partir de su fecha de ingreso.

SOLO EMPLEADOS

RFC

IMSS

FIRMA DEL SOLICITANTE