



UNIVERSIDAD DEL FUTBOL Y CIENCIAS DEL DEPORTE  
SERVICIOS ESCOLARES  
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN PARA MAESTRÍA

**Instrucciones:** Favor de llenar completamente y con letra de molde.

Fecha: \_\_\_\_\_  
día / mes / año

Matrícula: \_\_\_\_\_

Periodo Semestral		Ciclos que comprende
I	Febrero _____ - Enero _____	Febrero - Julio / Agosto - Enero <input type="checkbox"/>
II	Agosto _____ - Julio _____	Agosto - Enero / Febrero - Julio <input type="checkbox"/>

Periodo Cuatrimestral		Ciclos que comprende
I	Septiembre _____ - Agosto _____	Septiembre - Diciembre / Enero - Abril / Mayo - Agosto <input type="checkbox"/>
II	Enero - Diciembre _____	Enero - Abril / Mayo - Agosto / Septiembre - Diciembre <input type="checkbox"/>
III	Mayo _____ - Abril _____	Mayo - Agosto / Septiembre - Diciembre / Enero - Abril <input type="checkbox"/>

Perfil	
UFD Ciencias Deporte	<input type="checkbox"/>
UFD Educación Física	<input type="checkbox"/>
UFD Terapia Kinesiología	<input type="checkbox"/>
UFD Medicina Deportiva	<input type="checkbox"/>
UFD Nutrición Deportiva	<input type="checkbox"/>
Módulo	
I - VI	<input type="checkbox"/>

Nivel Académico	
Maestría en Ciencias del Deporte, Alto Rendimiento	<input type="checkbox"/>
Maestría en Educación Física	<input type="checkbox"/>
Maestría en Fisioterapia y Kinesiología Deportiva	<input type="checkbox"/>
Maestría en Nutrición Deportiva	<input type="checkbox"/>
Maestría en Medicina del Deporte	<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del Alumno(a) \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre(s)

Dirección de su lugar de origen \_\_\_\_\_  
Calle                      No. Exterior                      No. Interior  
Colonia                      Municipio o Delegación                      Código Postal                      Estado

Estado Civil                      Teléfono de Casa                      Teléfono Celular                      Correo Electrónico

Otra Referencia \_\_\_\_\_  
Nombre                      Parentesco                      Lada                      Número                      Teléfono

Dirección en Pachuca (si aplica) \_\_\_\_\_  
Calle                      No. Exterior                      No. Interior  
Colonia                      Municipio o Delegación                      Código Postal                      Teléfono



UNIVERSIDAD DEL FUTBOL Y CIENCIAS DEL DEPORTE  
SERVICIOS ESCOLARES  
SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN PARA MAESTRÍA

**INFORMACIÓN LABORAL**

Datos	Alumno
Ocupación:	_____
Nombre de la Empresa:	_____
Dirección de Oficina:	_____
Teléfono de Oficina:	_____ Ext. _____
	Nombre _____ Teléfono _____
Otra referencia	Dirección _____

**CONSIDERACIONES SOBRE LA REINSCRIPCIÓN**

Si el alumno decide darse de baja definitiva de la institución no se harán devoluciones de los pagos efectuados y deberá haber cubierto los pagos correspondientes hasta la fecha de la solicitud de la baja, con lo cual le serán entregados sus documentos en original.

Los Alumnos de la UFD que cursen cualquier nivel educativo y en cualquier modalidad ofertada por la institución autorizan que las imágenes y/o videos generados por el Área de Promoción y Mercadotecnia de UFD se utilizarán con fines de difusión y promoción de servicios, conceptos y contenidos generados por la institución. En caso de cualquier duda referente a este tema lo invitamos a revisar nuestro aviso de privacidad a través del siguiente link <https://www.ufd.mx/ufdmx/privacidad.php#.YCVc1mhKjIU>.

Con mi firma ratifico mi voluntad de reinscribirme a la Universidad de Fútbol y Ciencias del Deporte, y de que conozco el Reglamento, Normas y procedimientos que rigen a la UFD, mismo que están a la vista en Servicios Escolares y página de loa UFD, los cuales acepto cumplir durante el tiempo que me encuentre en condiciones de estudiante dentro de la institución.

Nombre y firma del alumno

Registró

\_\_\_\_\_

Revisó

Responsable de Nivel Académico