Foto

***SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A)DATOS PERSONALES DEL ALUMNO** |  | | | | | |
| 1.-PRIMER APELLIDO: |  | | | | | |
| 2.- SEGUNDO APELLIDO: |  | | | | | |
| 3.- NOMBRE (S): |  | | | | | |
| 4.- CURP: |  | | | | | |
| 5.- SEXO: | MARQUE CON UNA “X” HOMBRE: MUJER: | | | | | |
| 6.- FECHA DE NACIMIENTO: | AÑO: | | | MES: | | DÍA: |
| 7.- ENTIDAD DE NACIMIENTO: | 8.- NACIONALIDAD: | | | | | |
| 9.-NÚMERO DE CELULAR: | CELULAR | | | | | |
| 10.- ESCUELA DE PROCEDENCIA: | …………………………………GENERAL TELESECUNDARIA TÉCNICA  PARA TRABAJADORES COMUNITARIA EDUCACIÓN PARA ADULTOS | | | | | |
| 11.- CORREO ELECTRÓNICO DEL ALUMNO: |  | | | | | |
| **B) DOMICILIO** |  | | | | | |
| 12.- CALLE: | | | | | | |
| NÚM. EXTERIOR: | COLONIA: | | | | | |
| NÚM. INTERIOR: | C.P: | | | | | |
| 13.-ESTADO: | 14.-MUNICIPIO: | | | | 15.-LOCALIDAD: | |
| **C) DATOS MÉDICOS** |  | | | |  | |
| 16.-TIPO DE SEGURO SOCIAL: |  | | | |  | |
| 17.-NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ALUMNO: | | | 18.-ENFERMEDAD CRÓNICA Sí NO  ¿CUÁL? | | | |
| 19.- TIPO DE SANGRE: | | 20.- ALERGIAS: Sí NO  ¿CUÁL? | | | | |
| **D) DATOS PADRE O MADRE** | | | | | | |
| 21.- PRIMER APELLIDO: | | | | | | |
| 22.-SEGUNDO APELLIDO: | | | | | | |
| 23.- NOMBRE (S): | | | | | | |
| 24.-DOMICILIO: | | | | | | |
| CALLE: | | | | | | |
| NÚM. EXTERIOR: | | | COLONIA: | | | |
| NÚM. INTERIOR: | | | C.P: | | | |
| 25.-CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | |
| 26.-TELEFONO DE CASA: 27.-NÚMERO DE CELULAR: | | | | | | |
| 28.- NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR: | | | | | | |
| 29- ¿QUIÉN SOSTIENE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?: | | | | | | |
| **E) DATOS DEL TUTOR** | | | | | | |
| 30.-PRIMER APELLIDO: | | | | | | |
| 31.- SEGUNDO APELLIDO: | | | | | | |
| 32.- NOMBRE (S): | | | | | | |
| 33.- DOMICILIO DEL TUTOR (A) | | | | | | |
| CALLE: | | | | | | |
| NÚM. EXTERIOR: | COLONIA: | | | | | |
| NÚM. INTERIOR: | C.P: | | | | | |
| 34.-CORREO ELECTRÓNICO DEL TUTOR(A): | | | | | | |
| 35.- TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR EN CASO DE EMERGENCIA: | | | | | | |

**Nombre y firma del Tutor (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del alumno (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Para hacer valida la presente, deberán adjuntar copia legible de identificación oficial tamaño ampliado a media carta frente y reverso de quien firma como tutor(a) del alumno(a).

***\**TU FOTO te permite identificarte como estudiante del COBAEV**.

**Aviso de Privacidad Simplificado del Alumnado**

El Colegio de Bachilleres del Estado de Veracruz a través del Departamento de Servicios Escolares y Planteles, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione. Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades: a) Proceso de inscripción y reinscripciones; b) Elaboración de boletas, credenciales, constancias, o certificados de bachillerato; c) Documentar historial académico; d) Otorgamiento de becas; e) Registro en concursos deportivos, culturales y de conocimientos; f) Seguro de vida institucional; g) Elaboración de reportes institucionales o estadísticas; h) Aplicación de instrumentos de evaluación; i) Para contactarlos y enviarles información institucional de difusión y promoción y para elaborar material gráfico; j) En sistemas informáticos, bases de datos, aplicaciones móviles, plataformas digitales y redes sociales institucionales; k) En la incorporación del expediente del alumno para brindar, de requerirlo, atención personalizada por el área de Orientación Educativa y Acción Tutorial del Servicio de Desarrollo Integral del Estudiante y dar seguimiento a su trayectoria académica y socioemocional; l) En la elaboración de la ficha de diagnóstico inicial en línea, a estudiantes de primer semestre para identificar su contexto y llevar a cabo el proceso de planeación de inicio de semestre; m) En la elaboración de un Cuadernillo estadístico de necesidades especiales de educación, con el fin detectar, recabar y reportar datos de los jóvenes que presentan alguna condición de discapacidad y/o trastorno para el apoyo a sus necesidades educativas. Asimismo, se comunica que no se efectuarán tratamientos adicionales. Se informa que no realizarán transferencias que requieran su consentimiento, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundados y motivados. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral

a través de la dirección electrónica: http://www.cobaev.edu.mx/AvisoPrivacidad.php