**SOLICITUD DE REINGRESO ANTE LA FACULTAD**

FOTO A COLOR FONDO BLANCO 3X4

**(PROGRAMAS CON SNIES INACTIVO)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD**  | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **PERIODO REINGRESO** | **AÑO** | **PER.** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRE ESTUDIANTE** | **NRO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD** |
|  |  |
| **PROGRAMA ACADÉMICO** | **SEDE** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIRECIÓN RESIDENCIA** | **ESTRATO** | **MUNICIPIO RESIDENCIA** |
|  |  |  |
| **TELEFONO CELULAR** | **TELEFONO FIJO** |
|  |  |
| **E-MAIL PERSONAL** |
|  |

***ANEXAR COPIA LEGIBLE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

NOTA: PARA TRAMITAR REINGRESO EL ESTUDIANTE DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON LOS DEPARTAMENTOS DE TESORERIA, BIBLIOTECA Y BIENESTAR UNIVERSITARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## FIRMA DEL ESTUDIANTE

|  |
| --- |
| **ESPACIO PARA SER TRAMITADO POR LA FACULTAD** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA ESTUDIO SOLICITUD**  | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **APROBADO** | **PERIODO** |
|  |  |  | **SI** | **NO** | **AÑO** | **SEMES.** |

|  |
| --- |
| **REINGRESA AL PLAN DE ESTUDIOS:** |
|  |
| **OBSERVACIONES:** |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DECANATURA O DIRECCION DEL PROGRAMA**

La Universidad Católica Luis Amigó hace constar que los datos aquí recogidos sólo se utilizarán para efectos de SOLICITUD DE REINGRESO, y se garantiza el tratamiento de los mismos, amparado en la existencia de unas Políticas de Tratamiento de Datos Personales al interior de la Institución, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que reglamenten o complemente.