





## Cédula de Trámites o Servicios Estatales (CETS)

<b>Ubicación de la oficina</b>								<b>Horario de atención al usuario</b>			
Calle de Museo No. 133, Unidad Magisterial, 3er. Piso, C.P. 91010, Xalapa, Ver.								Lunes a viernes de 09:00 a 15:00 hrs.			
INFORMACIÓN PARA CONSULTAS Y QUEJAS											
Nombre y cargo del responsable			Domicilio			Horario de atención		Teléfonos		Correo electrónico	
<b>Consultas</b>	Mtra. Isis del Sagrario Gálvez Ríos Jefe del Departamento de Licenciaturas			Calle de Museo No. 133, Unidad Magisterial, 3er. Piso, C.P. 91010, Xalapa, Ver.			Lunes a viernes 09:00 a 15:00 hrs.		01 (228) 840 18 48 y 814 15 94 Ext. 14 y 25		dseupv@hotmail.com
<b>Quejas</b>	L.C. Gustavo Eduardo Ferra Torres Encargado del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación de Veracruz			Av. Vista Hermosa No. 12, Col. Loma Esmeralda, C.P. 91194, Xalapa, Ver.			Lunes a viernes 9:00 a 15:00 hrs. 16:00 a 18:00 hrs.		01 (228) 8 12 35 63, 8 12 36 71 y 8 12 36 58		geferra@cgever.gob.mx
INFORMACIÓN PARA TRÁMITES Y SERVICIOS EMPRESARIALES											
Tamaño de la empresa				Actividad empresarial sujeta a este trámite o servicio			Propósito		Momento de la apertura		
Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Industrial	Comercial	Servicios	Apertura	Operación	Constitución	Construcción	Instalación
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN				CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN				FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN			
Dr. Fabio Fuentes Navarro				Rector de la Universidad Pedagógica Veracruzana							



SEV  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
DEL ESTADO DE VERACRUZ

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA VERACRUZANA  
DIRECCIÓN ACADÉMICA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES  
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA  
FICHA DE INSCRIPCIÓN



UNIVERSIDAD  
PEDAGÓGICA  
VERACRUZANA

foto

1) DATOS GENERALES      CENTRO DE ESTUDIOS:      SEMESTRE:

AP. PATERNO:	AP. MATERNO:	NOMBRE(S):
RFC:	CURP:	SEXO:
FEC. NACIMIENTO:	EDAD:	EDO. CIVIL:

2) DOMICILIO PARTICULAR

ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:
DOMICILIO:		NUM. INT./EXT.
COLONIA:		C.P.
TELEFONO:	CELULAR:	EMAIL:

3) LUGAR DE NACIMIENTO

ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:
---------	------------	------------

4) INFORMACIÓN DE SALUD

TIPO SANGUINEO:	ALERGIAS:	No. IMSS
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:		
TELÉFONO:	USA LENTES:	INSTITUCIÓN DE SALUD:

5) DATOS DEL BACHILLERATO

NÚMERO DE AÑOS:	SISTEMA:	TIPO DE BACHILLERATO:
AÑO DE EGRESO:	PROMEDIO:	SEGUNDO IDIOMA:
		PORCENTAJE DOMINIO:

6) CARRERA UNIVERSITARIA

¿CURSA ACTUALMENTE?	ESPECIFIQUE:	TIPO:
¿EGRESADO?	ESPECIFIQUE:	TIPO:

7) SITUACIÓN LABORAL

FRENTE A GRUPO:	ÁMBITO:	DEPENDENCIA:
TIPO:	FUNCIÓN:	OTRO:
NIVEL:	OTRO:	
DOMICILIO DE LA ESCUELA		
ESTADO:	MUNICIPIO:	LOCALIDAD:
DOMICILIO:		NUM. EXT.
COLONIA:		C.P.
ZONA ESCOLAR:		

La información anteriormente proporcionada es verídica, sin embargo quedo entendido que si alguno o algunos de los documentos que anexo a la presente resultan falsos en el contenido, en la firma o en ambos sentidos, causaré BAJA AUTOMÁTICA.

Fecha, nombre y firma del interesado

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*