



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

Secretaría General

Dirección de Servicios Escolares

SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE CREDENCIAL

Nombre del alumno	
Carrera	
Matrícula	
Semestre	
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a _____ de _____ de _____

Aviso de Protección de Datos Personales de conformidad con lo dispuesto en los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas, le informamos que sus datos personales serán protegidos y utilizados únicamente para el objetivo por el cual son recabados. Sus datos son resguardados con las medidas de seguridad necesarias y no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso.

FIRMA DEL ALUMNO