



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

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.

Se le informa que sus datos son resguardados con las medidas de seguridad necesarias y no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO