

**Telebachillerato Comunitario del Estado de Oaxaca**  
**Departamento de Servicios Escolares**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

TBC: \_\_\_\_\_  
Número Localidad

Aspirante: \_\_\_\_\_  
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres(s)

DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE			
Fecha de Nacimiento		Edad	Tipo Sanguíneo
			Sexo
			<b>H</b> <b>M</b>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	
Domicilio			
Correo Electrónico		Número Telefónico	
Nombre del Responsable o Tutor		Ocupación	
Domicilio		Número Telefónico	
DATOS COMPLEMENTARIOS			
Escuela Secundaria de Procedencia		Clave	
Promedio	Ubicación		
¿Se encuentra inscrito en alguna Institución de Servicios Médicos?			
IMSS	ISSSTE	Seguro Popular	Nº de Afiliación
¿Realiza alguna actividad laboral?		¿Cuál?	
<b>SI</b>	<b>NO</b>		
¿De quién depende económicamente?		Ocupación de la persona de quien depende económicamente	
<p><b>"Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada es verdadera y me comprometo a respetar el Reglamento Escolar del cual se me ha informado de manera adecuada".</b></p>			
<p>_____</p> <p>Firma del Aspirante</p>		<p>_____</p> <p>Nombre y firma del Responsable o Tutor</p>	

www.oaxaca.gob.mx