

INSTRUCTIVO PARA INSCRIPCIÓN A POSGRADO

INSCRIPCIONES ABIERTAS

ESTIMADO ALUMNO(A):

Con la intención de simplificar y agilizar el procedimiento de inscripción es importante seguir las indicaciones que a continuación se señalan:

1. Imprimir, requisitar y entregar los siguientes formatos en Servicios Escolares: ficha de inscripción, anexo de datos personales, aviso de privacidad y protesta universitaria.
2. Realizar los pagos correspondientes al programa de maestría cursado. Los pagos que deberán realizar en el cuatrimestre a cursar son 4 colegiaturas, que deberán ser cubiertas dentro de los primeros 10 días naturales de cada mes.

| Pagos a realizar en caja de Universidad o banco BANAMEX | |
|--|----------------------|
| PROGRAMA | CUOTA MENSUAL |
| Maestría en Educación y Docencia | \$ 3,390.00 |
| Maestría en Investigación Educativa | \$ 3,390.00 |
| Maestría en Gestión Educativa | \$ 3,390.00 |
| Maestría en Mercadotecnia Turística | \$ 3,920.00 |
| Maestría en Comunicación Social y Política | \$ 4,240.00 |
| Especialidad en Comunicación Social y Política | \$ 4,240.00 |
| Maestría en Tecnologías de la Información Empresarial | \$ 4,240.00 |
| Maestría en Administración de Negocios | \$ 3,500.00 |
| Maestría en Diseño Arquitectónico Sustentable | \$ 3,840.00 |
| Maestría Facilitación para el Desarrollo Humano | \$ 3,920.00 |
| Maestría en Derecho Constitucional y Administrativo | \$ 4,240.00 |

El horario de atención en Servicios Escolares es de martes a viernes de 13:00h a 15:00h y de 17:00h a 19:00h horas; sábado de 9:00h a 12:00h. El horario de atención en Caja de Universidad es de lunes a viernes de 12:00h a 16:30h y de 17:00h a 19:30h; sábados de 8:00h a 12:00h.

NOTAS IMPORTANTES:

PARA NO PERDER EL DERECHO A SU PERMANENCIA EN EL PROGRAMA, es necesario que el alumno cubra todas las colegiaturas. (Cap. III, Art. 12, Inciso VI del Reglamento de Estudiantes de Posgrado de la Universidad La Salle Oaxaca A.C.)

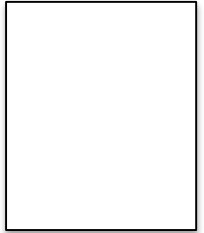
LA INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO AL POSGRADO PROCEDERÁ, SIEMPRE Y CUANDO:

- **SE PRESENTE LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA.**
- **ES INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS CAMPOS DE LOS FORMATOS.**
- **LAS COPIAS DE LOS DOCUMENTOS ENTREGADOS DEBERÁN SER COPIA FIEL, EXACTA, CLARA Y LEGIBLE (por ambos lados para documentos que tengan datos, firmas o sellos al reverso).**

Evite vueltas innecesarias.

INICIO DE CLASES 2 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ID: _____



FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA NUEVO INGRESO

NOMBRE: _____
A. Paterno A. Materno Nombre(s)

POSGRADO EN: _____

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA INSCRIPCIÓN:

OBLIGATORIOS

DOCUMENTOS GENERALES PARA TODOS LOS ALUMNOS

- Instructivo para la Inscripción a Posgrado.
- Ficha de Inscripción.
- Anexo de datos Personales.
- Aviso de Privacidad.
- Protesta Universitaria.
- Acta de Nacimiento Actualizada, original y tres copias.
- 4 fotografías recientes tamaño infantil, blanco/negro, autoadheribles (tipo calcomanía), papel mate, frente y orejas descubiertas, blusa o camisa blanca y fondo blanco, cabello recogido.
- CURP, copia simple.
- Certificado Médico con 2 meses de antigüedad máximo.

Documentos para Titulados con Título y Cédula:

- 3 copias del Título ambos lados. **Presentar original para cotejo.**
- Original y 3 copias del Certificado de Licenciatura legalizado.
- 3 Copias de la Cédula Profesional. **Presentar original para cotejo.**

Documentos para Titulados en espera de Título y Cédula.

- Original y 3 copias del Certificado Total de Licenciatura legalizado.
- Acta de Examen Profesional, original y copia.
- Oficio de trámite en proceso de Título y Cédula Profesional, emitido por la Universidad de procedencia en papel membretado con firma y sello de la institución, especificando que la Universidad de procedencia cuenta con el Certificado de la Licenciatura.

Documentos para titularse de Licenciatura vía estudio de Posgrado

- Original y 3 copias del Certificado de Licenciatura legalizado.
- Carta de Autorización de la Universidad de procedencia en la que indica que se titula de la Licenciatura por estudios de Posgrado, indicando los créditos que se deben cubrir.
- Carta compromiso del aspirante que especifique que al cumplir los créditos establecidos acudirá a realizar los trámites de Titulación de la Licenciatura.

Escuela de procedencia: _____

Estado de ubicación: _____ Titulado: Si _____ No _____

Lugar del centro de trabajo: _____

Tipo de sangre: _____ Factor RH: _____ Alergias: _____

¿Habla alguna lengua indígena? No Si ¿Cuál? _____

¿Presenta alguna discapacidad? No Si (especifique) **Auditiva:** Hipoacusia _____ Sordera _____

Motriz: _____ ¿cuál? _____ **Visual:** Usa lentes _____ Baja visión _____ Ceguera _____

Condiciones de salud que deban ser tomadas en cuenta por el personal de la Universidad para adecuada atención en caso de necesidad**: _____

**La Universidad La Salle Oaxaca NO pide como requisito para inscribirse o poder reinscribirse, que el candidato (a) goce de perfecta salud. Lo que sí establece el Reglamento de la Universidad es que la información proporcionada sea "verdica, completa y oportuna", "actualizándola cuando sea necesario". Si existe una condición médica que requiere cuidados en lo general, o bajo una emergencia, la Universidad tiene el derecho a saberlo para poder atender debidamente a su alumno (a). Las personas enfermas o con discapacidad son objeto de un aprecio y cuidado especial por parte de toda institución Lasallista.

Firma del estudiante

ANEXO DE DATOS PERSONALES

Nombre: _____
A. Paterno
A. Materno
Nombre(s)

DOMICILIO ACTUAL

| | | | |
|--------------------|-----------|----------------------------|------------------|
| | | | |
| CALLE | No. EXT. | No. INT. | COLONIA |
| | | | |
| LOCALIDAD | MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO DE CASA |
| | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | TELÉFONO PERSONAL (ALUMNO) | |

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

| | |
|--|---------------|
| NOMBRE | |
| PARENTESCO | |
| DIRECCIÓN | |
| TELÉFONO(S) | |
| ¿ES PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE ADEUDOS, CALIFICACIONES, DESEMPEÑO ESCOLAR Y OTROS RELACIONADOS CON EL ALUMNO? | SI () NO () |

ANOTE EN EL CUADRO DE ABAJO LOS DATOS DE ALGUNA OTRA PERSONA A QUIEN AUTORICE PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE ADEUDOS, CALIFICACIONES, DESEMPEÑO ESCOLAR Y OTROS RELACIONADOS CON USTED (EN CASO DE NO ANOTAR A ALGUIEN, FAVOR DE CANCELAR LOS ESPACIOS):

| | |
|-------------|--|
| NOMBRE | |
| PARENTESCO | |
| DIRECCIÓN | |
| TELÉFONO(S) | |

A partir de esta fecha autorizo a la Universidad La Salle Oaxaca A.C., para proporcionar información e historial académico a la(s) persona(s) que fue(ron) expresamente autorizada(os) en este formato, en caso de que sean solicitados durante los ciclos escolares del programa académico en que me encuentro inscrito(a). En caso de un cambio posterior de la(s) persona(s) que he autorizado para que puedan tener a mi información personal y académica contenida en mi expediente escolar, tendré la obligación de notificarlo por escrito a la Coordinación de Servicios Escolares.

Nombre y firma del estudiante

AVISO DE PRIVACIDAD FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REINSCRIPCIÓN POSGRADO

I. Responsable de la recopilación y manejo de los Datos Personales.

La **Universidad La Salle Oaxaca, A.C.**, con domicilio en Camino a San Agustín No. 407, Colonia Santa Cruz Xoxocotlán Oaxaca, Oaxaca, C.P. 71230, es responsable del tratamiento de sus datos personales, en términos de los artículos 3º fracción XIV, 14, 15 y 16 de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP)**.

II. Finalidades del tratamiento y tipo de datos personales recabados.

Los datos recabados por la **Universidad La Salle Oaxaca A.C.**, en el formato denominado **Ficha de Inscripción y Reinscripción** para el Proceso de Inscripción, en nuestras secciones (bachillerato, universidad y posgrado) serán utilizados para que, en caso de que el estudiante sea aceptado, se realicen los trámites de inscripción, reinscripción y alta del alumno tanto en los sistemas que maneja la **Secretaría de Educación Pública (SEP)**, así como en los sistemas internos que maneja nuestra institución, con el fin de poder brindarle los servicios educativos a cargo de la Universidad o bien brindarle asistencia a los alumnos que requieran de algún apoyo adicional derivado de su condición de salud o bien para la atención de crisis o emergencias durante el tiempo en que estén en las instalaciones o bajo el resguardo del personal de la Institución. La **Universidad La Salle Oaxaca A.C.**, se compromete a que esta información será tratada bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad.

Dentro de los datos que son necesarios para llevar a cabo el proceso de inscripción, la Universidad recaba **datos personales** que son considerados como **sensibles** de conformidad con el **artículo 9º** de la **LFPDPPP**: religión, entorno familiar y alergias del alumno(a), los cuales son recabados y tratados para únicamente para los fines descritos en este aviso. Si usted desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición deberá enviar su solicitud a la dirección de correo electrónico: oficinadeprivacidad@ulsaoaxaca.edu.mx donde con gusto le atenderemos.

Por esta razón, de conformidad por lo dispuesto en el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para cumplir con las finalidades descritas requerimos de su **consentimiento expreso** para recabar y manejar sus datos sensibles por lo que, le solicitamos nos indique si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que de no hacerlo, en el entendido de que de no hacerlo, no podremos brindarle una adecuada ayuda psicopedagógica, o bien una pronta atención médica en caso de que llegue a necesitarlo.

Si, Consiento y autorizo que mis datos personales generales y sensibles sean tratados conforme a lo previsto en el presente formato y conforme al aviso de privacidad de la **Universidad La Salle Oaxaca A.C., (ULSA Oaxaca)**

Nombre del alumno: _____

Firma del alumno: _____

No, Consiento y autorizo que mis datos personales generales y sensibles sean tratados conforme a lo previsto en el presente formato y conforme al aviso de privacidad de la **Universidad La Salle Oaxaca A.C., (ULSA Oaxaca)**

Nombre del alumno: _____

Firma del alumno: _____

Fecha: _____

PROTESTA UNIVERSITARIA

**MTRA. LORENA CARINA BROCA DOMINGUEZ
COORDINADORA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD LA SALLE OAXACA
PRESENTE.**

El (La) que suscribe _____, aspirante a
maestrante del programa de Posgrado en _____, de la
Universidad La Salle Oaxaca.

Expreso ante usted mi recta intención y compromiso de

- Hacer en todo tiempo honor a los valores y estatutos que rigen a la Universidad La Salle Oaxaca.
- Cumplir los compromisos académicos y administrativos (entrega puntual de documentación y pago puntual de colegiaturas).
- Acreditar los prerrequisitos establecidos consistentes en el curso de inglés y computación.
- Respetar la normatividad sin pretender excepción alguna, manteniendo en todo momento la autorregulación, orden y disciplina propios de un estudiante de este nivel.

Si yo no cumpliera con lo aquí establecido, o bien, si llegase a ser amonestado en alguno de estos aspectos, honorablemente estaré de acuerdo en que la Universidad La Salle Oaxaca proceda a mi baja académica.

En Santa Cruz Xoxocotlán, Oaxaca, a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

Atentamente

Nombre y firma del estudiante