

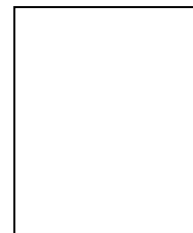


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

Facultad de Medicina Humana, Dr. Manuel Velasco Suárez
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MAESTRÍA A ESTUDIAR: _____

DATOS PERSONALES

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MPIO: _____

ESTADO: _____ PAÍS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____ COLONIA: _____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO F () M () TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TRABAJA SI () NO () PUESTO QUE DESEMPEÑA: _____

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: _____ TELÉFONO: _____

DATOS DE LA ESCUELA DE PROCEDENCIA

NOMBRE _____ (FEDERAL) (PARTICULAR)

LICENCIATURA EN: _____ LUGAR: _____

FECHA DE EGRESO: _____ TITULADO () PASANTE ()

OTROS ESTUDIOS: _____ LUGAR: _____

FECHA DE EGRESO: _____ TITULADO () PASANTE ()

IDIOMAS QUE DOMINA: INGLÉS HABLA () TRADUCE () ESCRIBE ()

OTRO: _____ HABLA () TRADUCE () ESCRIBE ()

FIRMA DEL ALUMNO

LUGAR: _____ A _____ DE _____ DE _____