
Formulario de Registro de Aspirantes Nivel Posgrado

Departamento de Posgrado . DCE



Formulario de Registro de Aspirantes Nivel Posgrado

Campo requerido ***DATOS PERSONALES**

CURP:

Extranjeros continuar sin ingresar CURP

* Nombre:

*Primer apellido:

Segundo apellido:

*Género: Masculino Femenino**DATOS DE NACIMIENTO**

*Fecha de nacimiento dd/mm/yy:

*País:

*Ciudad:

*Población:

*Nacionalidad: Mexicana Extranjera**DATOS DE RESIDENCIA**

*Calle:

*Número:

*Colonia:

*Localidad:

*Código postal:

Teléfono:

*Celular:

*Correo electrónico:

¿Tiene alguna capacidad diferente? Si No

Indique cuál y si requiere de algún apoyo:

¿Habla alguna lengua indígena? Si No

Indique cuál:

DATOS ESCOLARES

Indique número de Matrícula en caso de haber sido alumno de la UMSNH.

Matrícula:

*Último grado escolar:

*Promedio obtenido en el último grado escolar:

Para ingresar a Especialidad o Maestría

*Licenciatura cursada:

*País donde estudió la Licenciatura:

*Ciudad donde estudió la Licenciatura:

*Institución donde estudió la Licenciatura:

*¿Tiene grado de Licenciatura? Si No

Para ingresar a Doctorado

*Maestría cursada:

*País donde estudió Maestría:

*Ciudad donde estudió la Maestría:

*Institución donde estudió la Maestría:

*¿Tiene grado de Maestría? Si No

DATOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO AL QUE DESEA INGRESAR

*Elija el nombre del programa educativo: ▼

*Facultad o Instituto donde se imparte: ▼