

DOCTORADO EN FARMACIA
REGISTRO DE ASPIRANTES

Nombre (como aparece en el acta de nacimiento):

(Apellido Paterno)

(Apellido Materno)

(Nombre)(s)

Domicilio particular:

(Calle)

(Número)

(Colonia)

(Localidad o municipio)

(Entidad Federativa)

(Teléfono, lada incluida)

(Correo electrónico)

Maestría:

Promedio y Programa de procedencia:

Área de interés: _____

Fecha: _____

Firma del aspirante

PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN

Documentos que entrega:

Recibo de pago de registro

Carta de exposición de motivos

Carta de recomendación académica

Acta de nacimiento

Curriculum vitae, con documentos probatorios

Dos fotografías tamaño infantil

Identificación y comprobante de domicilio

Certificado de Maestría

Título de Maestría

Cédula profesional

CURP

2 fotografías ovalo migñón

Al firmar esta solicitud, el aspirante solicita y acepta como medio oficial de recepción de avisos, de solicitudes y de dictámenes, la dirección electrónica que asienta en el presente documento, comprometiéndose a revisarlo de manera cotidiana. Asimismo, se compromete a entregar los documentos solicitados, en caso de ser aceptado