

MAESTRIA 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)

Licenciatura:

Promedio general obtenido: _____

Institución y facultad 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 Licenciatura

Título de Licenciatura

Cedula profesional

CURP

Cédula profesional

2 Fotografías Ovalo Migñon

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