



DOCTORADO EN FARMACIA REGISTRO DE ASPIRANTE



Foto

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

Curriculum vitae

Copia notariada del certificado de Maestría

Copia notariada del título de Maestría

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