



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



POSGRADO EN FARMACIA

REGISTRO DE ASPIRANTE

1. Programa al que desea ingresar

Maestría en Farmacia
Doctorado en Farmacia

Foto

2. Datos Personales

_____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s)

Nombre (como aparece en el acta de nacimiento)

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo/Género: _____

3. Domicilio particular

_____ Calle _____ Número Exterior _____ Número Interior

_____ Colonia _____ Municipio o localidad _____ CP

Entidad Federativa _____ País _____

4. Contacto

Teléfono (Particular / Celular) _____ Correo electrónico _____

5. Antecedes y procedencia

Grado anterior de estudios: _____ Carrera/Posgrado de Procedencia: _____

Promedio del grado anterior: _____ Institución de procedencia: _____

(Universidad-Instituto/Facultad): _____

6. Área de Investigación de interés

Química y Biotecnología
Farmacéutica
Farmacia Industrial

Biociencias Farmacéuticas
Farmacia Hospitalaria y
Comunitaria

Firma del Aspirante

A llenar por la Jefatura de Posgrado

Documentos que entrega: Marcar con una ✓ los documentos entregados y con una X aquellos que tengan alguna observación

Recibo de pago de registro	
Carta de exposición de motivos	
Carta de recomendación	
Copia certificado de grado anterior de estudios	
Copia del título del grado anterior	
Copia de la cédula profesional	
Acta de nacimiento	

Fotografías	
Currículum Vitae	
Identificación oficial	
CURP*	
Comprobante de domicilio*	
Constancia de acreditación del idioma español**	
Otro	

*Solo para aspirantes nacionales
**Solo aspirantes de lengua materna distinta al español

Observaciones: _____

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.