

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN MEDICINA MOLECULAR

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 o Escuela de procedencia:

Área de investigación de interés: _____



Firma del aspirante:

Fecha: _____

PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN

Documentos que entrega:

Certificado de licenciatura con calificaciones _____
CV con probatorios sin engargolar _____
Acta de nacimiento en copia TC _____
Dos fotos tamaño infantil _____
Carta de exposición de motivos _____
Dos cartas de recomendación académicas _____
Constancia de comprensión de inglés _____
Identificación oficial y comprobante de domicilio _____
Copia del título o copia del acta de examen de _____
titulación de la licenciatura _____

Observaciones
