UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

Dirección Académica

Departamento de Registro Escolar

Solicitud de Posgrado

Este cuestionario será empleado solo para fines estadísticos y tiene gran importancia en la Planeación de actividades de la UACH. Es necesario que conteste con la mayor veracidad.

Nombre _____

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Domicilio_____

Calle y número Colonia

_____

Localidad Estado C.P. Teléfono

Fecha de Nacimiento ☐☐☐☐☐☐ **Sexo** ☐ Mas ☐ Fem **Lugar de Nacimiento (Estado y País)** _____

Facultad a la que desea ingresar_____

Especialidad, maestría o doctorado que pretende cursar_____

_____

Nombre de la Escuela de Procedencia (Licenciatura)_____

_____

Localidad Municipio Estado y/o País

Nombre de la licenciatura_____

_____

Promedio de la Licenciatura ☐☐☐ . ☐

Fecha del acta de Examen profesional ☐☐☐☐☐☐

Día Mes Año

¿Ha sido alumno de la UACH, o de alguna escuela incorporada a la UACH? **No** ☐ **Si** ☐

Número de matrícula (si tiene) ☐☐☐☐☐☐

Control de Documentos para Uso Exclusivo del Departamento							
	Título	Cédula	Acta de Examen	Rel. de Estudios	Acta de Nacimiento	Certificado Médico	Fotografías
Facultad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rectoría	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐