

**SOLICITUD DE INGRESO
POSGRADO EN MICROBIOLOGIA
CONVOCATORIA 2017 OTOÑO**



Nombre del solicitante: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estado Civil: _____

Lugar de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

CURP (ID) _____ No. de CVU CONACYT: _____

RFC _____ No. de derecho habiente: _____

Institución de Salud: _____

DIRECCION PERMANENTE

Calle _____ No. _____ Interior _____
Colonia _____ CP (ZP) _____ Estado _____
Ciudad _____ Delegación o Municipio _____
País _____ Teléfono: () _____ Fax: _____
E-mail: _____ (MANDATORIO)

EMPLEO

Empresa o dependencia _____
Puesto _____
Calle _____ No. _____ Colonia _____
Ciudad _____ País _____ CP (ZP) _____
Teléfono: () _____ Fax: _____
E-mail: _____

Firma: _____

BECA(S)

Becario actual __Si __No
Institución_____

Número de referencia_____

Exbecario __Si __No
Institución_____

Número de referencia_____

Requiere ser becario __Si __No

Periodo_____

TITULOS

Licenciatura: _____

Fecha de Obtención: _____

Institución: _____

Promedio: _____

Especialidad: _____

Fecha de Obtención: _____

Institución: _____

Promedio: _____

Maestría: _____

Fecha de Obtención: _____

Institución: _____

Promedio: _____

Doctorado: _____

Fecha de Obtención: _____

Institución: _____

Promedio: _____

Otros: _____

Fecha de Obtención: _____

Institución: _____

Promedio: _____

Mencione tres logros que considere importantes en su desempeño profesional:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Firma: _____

Mencione las tres últimas actividades académicas que haya realizado:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Mencione el grado que se desea obtener:

MAESTRÍA

DOCTORADO DIRECTO

Mencione la orientación de su preferencia:

BIOQUÍMICA Y GENÉTICA MICROBIANA

MICROBIOLOGÍA MÉDICA

Exposición de motivos:

Firma: _____

REFERENCIAS ACADEMICAS

Nombre _____
Dependencia _____
Puesto _____
Calle _____ No. _____ Colonia _____
Ciudad _____ País _____ CP (ZP) _____
Teléfono: _____ Fax: _____
E-mail: _____ (Se anexa carta de recomendación académica)

Nombre _____
Dependencia _____
Puesto _____
Calle _____ No. _____ Colonia _____
Ciudad _____ País _____ CP (ZP) _____
Teléfono: _____ Fax: _____
E-mail: _____ (Se anexa carta de recomendación académica)

DATOS DEL FAMILIAR EN CASO DE ACCIDENTE

Nombre _____

Parentesco _____

DOMICILIO

Calle _____ No. _____ Interior _____
Colonia _____ CP (ZP) _____ Estado _____
Ciudad _____ Delegación o Municipio _____
País _____ Teléfono: () _____ Fax: _____
E-mail: _____

Firma: _____

** Llenar esta hoja en caso de tener dependientes económicos*

DEPENDIENTES ECONÓMICOS

SE ANEXAN ACTAS DE NACIMIENTO

Nombre completo _____

Parentesco _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre completo _____

Parentesco _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre completo _____

Parentesco _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

Firma: _____

** Llenar esta hoja en caso de optar por el Doctorado Directo.*

ENTREVISTA DE PRE-PROYECTO

Nombre del Profesor

Profesor 1 _____

Profesor 2 _____

Profesor 3 _____

Nombre del Pre-Proyecto: (En caso de definirse por un proyecto) _____

Firma: _____