

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A POSGRADO

Estudios que desea realizar:

- Opción título
 Maestría en Ciencias en Salud Pública
 Maestría en Ciencias en Nutrición
 Especialidad en Nutriología Clínica

Datos generales del alumno

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Teléfono particular	Fax	Correo electrónico
---------------------	-----	--------------------

Lugar y fecha de nacimiento (d/m/a)

Edad	Género	Nacionalidad
------	--------	--------------

Estado civil	RFC	CURP
--------------	-----	------

Tipo de sangre y Rh	Sí _____ No _____ ¿Sufre de alguna discapacidad?
---------------------	---

.....

Domicilio local

Calle y número	Colonia
----------------	---------

Ciudad /Estado	Código Postal
----------------	---------------

Teléfono particular	Teléfono celular
---------------------	------------------

Domicilio foráneo

Calle y número	Colonia
----------------	---------

Ciudad /Estado	Código Postal
----------------	---------------

Teléfono particular con lada

Antecedentes escolares

Licenciatura en: _____
Universidad de procedencia: _____

Puesto actual

Nombre de la empresa donde trabaja: _____
Antigüedad en la empresa: _____
Puesto actual: _____
Antigüedad en el puesto: _____
Domicilio: _____
Teléfonos: _____ Fax: _____

Datos del padre:

Nombre: _____
Domicilio completo: _____
Ciudad/Estado/País: _____
Ocupación: _____
Teléfono: _____

Dato de la madre:

Nombre: _____

Nombre y firma del aspirante a Posgrado