**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA**

Dirección Académica

Departamento de Registro Escolar

Edificio de Rectoria, Ave. Venustiano Carranza y Escorza

Chihuahua, Chih., México C.P. 31000

Tel. (614) 439-1522; correo electrónico: gcarril@buzon.uach.mx

http:// www.uach.mx

**SOLICITUD DE POSGRADO**

|  |
| --- |
| *Este cuestionario será empleado sólo 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 Nombres (s)

**Domicilio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle y número Colonia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad Estado C.P. Teléfono

**Fecha de Sexo Lugar de nacimiento (Estado y País)**

**Nacimiento**

 Mas Fem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Facultad a la que desea ingresar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Especialidad, maestría o doctorado que pretende cursar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la Escuela de**

**procedencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Localidad Municipio Estado y/o País

**Nombre de la Licenciatura/Maestría\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Promedio en la Licenciatura/Maestría . Fecha del acta de**

 **examen profesional** Día Mes Año

**¿Ha sido alumno de la UACH, o bien de Número de matrícula (si tiene)**

**alguna escuela incorporada a la UACH?****No Sí**

|  |
| --- |
| ***Control de documentos para uso exclusivo del Departamento*** ***Título Cédula Acta de Examen Rel. de Estudios Acta de Certificado Fotografías Aviso*** ***Nacimiento Médico Privacidad******Facultad******Rectoría***  |