UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE NUEVO INGRESO PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE LA SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Nombre del Residente ----------

Sede Hospitalaria ---------- Especialidad ----------

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE LICENCIATURA

- **( ) Título (En caso de no contar con él, presentar su acta de examen profesional)**
- **( ) Cedula Profesional Federal**
- **( ) Relación de Estudios Certificado (no Kardex no Constancia no Historial Académico)**
- **( ) Acta de Nacimiento**
- **( ) Certificado Médico y Tipo de Sangre**
- **( ) 1 Fotografía tamaño infantil o credencial**
- **( ) Aprobación del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)**
- **( ) Carta De Aceptación de la Institución**
- **( ) CURP**
- **( ) Acreditación del Inglés Con Calificación Mínima de 7.5**
- **( ) Identificación Oficial INE**
- **( ) Residentes que vienen con RI, RII, Certificado parcial de la Universidad de Origen y programa de estudios de las materias a equivalidar.**

OBLIGATORIO PRESENTAR DOS COPIAS LEGIBLES DE CADA DOCUMENTO SOLICITADO

La acreditación de inglés acudir al **CENTRO IDIOMAS** Campus 1 de la UACH, los días miércoles, jueves y viernes en un horario de 9:00 a.m. a 13:00 hrs.

Los foráneos podrán realizar su examen en línea, comunicarse al 614 439 15 00 EXT 8004 y 8008.

No se aceptará documentación incompleta, en caso de no contar con algún documento, deberán presentar una constancia o cualquier documento donde ya fue solicitado.

Los documentos faltantes se les dará una prórroga por 6 meses, en caso de incumplimiento en un momento dado y de acuerdo Artículo 57 numeral IV, puede causar su baja definitiva de la especialidad.

FECHA _____

MATRICULA _____

MATRÍCULA POR ASIGNAR _____

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE **RECIBE**

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
Teléfono: 614 439 15 00 Ext. 5136
Correo: squiroz@uach.mx

+uach

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
Dirección Académica
Departamento de Registro Escolar
Edificio de Rectoría 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 POSGRADO

Este cuestionario se empleará sólo para fines estadísticos y tiene gran importancia en la planeación de actividades de la UACH. Gracias por contestar con veracidad.

Nombre_____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Domicilio_____
Calle y número Colonia

Localidad Estado C.P. Teléfono correo electrónico

Fecha de Nacimiento ☐☐☐ Sexo ☐ ☐ Lugar de Nacimiento (Estado y País) _____
Día Mes Año Mas Fem

Estado civil _____

Facultad a la que desea ingresar FACULTAD **DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS**

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 en la Licenciatura ☐☐☐☐ Fecha de acta de Examen profesional ☐☐☐
Día Mes Año

¿Ha sido alumno de la UACH, o bien de Alguna escuela incorporada a la UACH? No ☐ Sí ☐ 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	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯