



COLEGIO DE INVESTIGACION EDUCATIVA S.C

CONSEJO ACADÉMICO DEL POSGRADO

FOTO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A ESTUDIOS DE POSGRADO

DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
DOMICILIO:		TELÉFONO:	
COLONIA:		CODIGO POSTAL:	
SEXO:	F()	M()	CORREO ELECTRÓNICO:
ESCUELA, CENTRO O UNIDAD		PROGRAMA DE POSGRADO	

PROCEDENCIA

NIVEL	INSTITUCIÓN	LUGAR	PERIODO
LICENCIATURA			
POSGRADO			

PROGRAMA SEMESTRAL

(1er Semestre)

STATUS: Tiempo completo Tiempo parcial (Dato indispensable de acuerdo al art. 13, del Reglamento de Estudios de Posgrado)

CLAVE	ACTIVIDAD ACADEMICA (CURSO)	PROFESOR	LUGAR DE REALIZACIÓN

Alumno

Coordinador(o) del consejo o Director(a) del Centro

FECHA:

d	m	a