

SOLICITUD DE ADMISION A ESTUDIOS DE POSGRADO

LEA CUIDADOSAMENTE, NO ESCRIBA DENTRO DE LAS AREA SOMBREADAS

SI ES O FUE ALUMNO DE LA UAM ANOTE SU MATRICULA:

DATOS PERSONALES

|                        |     |                  |      |                  |     |                     |                                |               |  |  |  |
|------------------------|-----|------------------|------|------------------|-----|---------------------|--------------------------------|---------------|--|--|--|
| APELLIDO PATERNO       |     |                  |      | APELLIDO MATERNO |     |                     |                                | NOMBRE(S)     |  |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO    | DIA | MES              | AÑO  | R.F.C.           |     | EDAD                | <div>F</div> SEXO <div>M</div> | ESTADO CIVIL  |  |  |  |
| NACIONALIDAD           |     |                  | CURP |                  |     | LUGAR DE NACIMIENTO |                                |               |  |  |  |
| CALLE                  |     |                  |      | No. EXT          |     | No. INT             |                                | COLONIA       |  |  |  |
| DELEGACION O MUNICIPIO |     |                  |      | CIUDAD/ESTADO    |     |                     |                                | CODIGO POSTAL |  |  |  |
| TELEFONO PARTICULAR    |     | TELEFONO OFICINA |      |                  | FAX |                     | CORREO ELECTRONICO             |               |  |  |  |

ANTECEDENTES

INSTITUCION DE PROCEDENCIA (MARQUE EL NUMERO QUE CORRESPONDA EN EL CUADRO DE LA DERECHA)

1. UNAM

2. IPN

3. INCORPORADA A LA UNAM

4. INCORPORADA A LA SEP

5. UNIVERSIDAD ESTATAL

6. INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD ESTATAL

7. OTRA

8. UAM

☐

ESPECIFIQUE:

PAIS: INSTITUCION:

ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS

LICENCIATURA: FECHA DE EXAMEN: PROMEDIO:

ESPECIALIZACION: FECHA DE EXAMEN: PROMEDIO:

MAESTRIA: FECHA DE EXAMEN: PROMEDIO:

DATOS ACADÉMICOS (MARQUE CON UNA "X" LOS ESTUDIOS QUE SOLICITA)

|                                   |  |                                                  |                                         |       |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|
| UNIDAD: XOC ( x )                 |  | NIVEL DE ESTUDIOS SOLICITADO:                    |                                         |       |
| DIVISION: CSH ( ) CBS ( ) CAD ( ) |  | ESPECIALIZACION ( ) MAESTRIA ( x ) DOCTORADO ( ) |                                         |       |
| NOMBRE DEL POSGRADO               |  | CLAVE                                            | AREA DE CONCENTRACION                   | CLAVE |
| Rehabilitación Neurológica        |  |                                                  | Salud Infantil y Prevención de Secuelas |       |

UNIDAD

XOC= XOCHIMILCO

DIVISION

CSH= CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

CBS = CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD

CAD= CIENCIAS Y ARTES PARA EL DISEÑO

- USO EXCLUSIVO DE LA CSE
- COPIA DE DOCUMENTOS ENTREGADOS
1. TITULO DE LICENCIATURA

( )

2. GRADO DE MAESTRIA

( )

3. CONSTANCIA DE TRAMITE DE TITULO O GRADO

( )

4. CERTIFICADO DE LICENCIATURA

( )

5. CERTIFICADO DE MAESTRIA

( )

6. REVALIDACION DE ESTUDIOS

( )

7. CONSTANCIAS DE TRAMITE DE REVALIDACION

( )

8. ACTA DE NACIMIENTO

( )

9. ESTANCIA LEGAL (FM2, FM1)

( )

10. CONSTANCIA DE TRAMITE DE ESTANCIA LEGAL

( )

11. CURP

( )

12. CONSTANCIA DE IDIOMA (1)

( )

13. CONSTANCIA DE IDIOMA (2)

( )
- FOTOGRAFÍA DEL SOLICITANTE
- FIRMA
- 

Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
- TALON DE REGISTRO DE SOLICITUD DE ADMISION A ESTUDIOS DE POSGRADO
- |                                                           |  |                                         |  |           |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-----------|-----|-----|------|
| TRIMESTRE                                                 |  | FOLIO No                                |  | FECHA     | DIA | MES | AÑO  |
| APELLIDO PATERNO                                          |  | APELLIDO MATERNO                        |  | NOMBRE(S) |     |     |      |
| NOMBRE DEL POSGRADO                                       |  | AREA DE CONCENTRACION                   |  |           |     |     |      |
| Rehabilitación Neurológica                                |  | Salud Infantil y Prevención de Secuelas |  |           |     |     |      |
| LUGAR PARA PRESENTAR MODALIDADES Y REQUISITOS DE ADMISION |  |                                         |  | DIA       | MES | AÑO | HORA |
- SOLICITANTE
- PARA PRESENTAR LAS MODALIDADES Y REQUISITOS DE ADMISION Y PARA CUALQUIER OTRO TRAMITE, EXHIBIR ESTE TALON, EN CASO DE NO PRESENTARSE EN LA FECHA SEÑALADA QUEDARA CANCELADA LA SOLICITUD
- FIRMA