



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO
COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES

SOLICITUD DE SERVICIOS ESCOLARES

Fecha:			
	Día	Mes	Año

Nacionalidad

MAESTRIA
Nivel de estudios solicitado

Datos del solicitante:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

CIENCIAS ODONTOLÓGICAS	184
Nombre del Plan de Estudios	Clave

=====	===
Área de Concentración	Clave

PAGO DE DERECHOS POR TRÁMITE DE ADMISIÓN A ESTUDIOS DE POSGRADO

\$ 50.00
Aspirantes mexicanos

\$ 250.00
Aspirantes extranjeros

Enviar escaneados a la Coordinación de la Maestría:

- La **Solicitud de Servicios Escolares**, con los datos requeridos del aspirante y el comprobante de pago anexo, realizado en sucursales del banco **"BANAMEX"** de la **República Mexicana**, a la **cuenta de cheques**:

No. 577 7918836

Pegar recibo de pago: