**SOLICITUD DE REGISTRO AL PROCESO DE INSCRIPCIÓN DEL ASPIRANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDAD ACADÉMICA**  | FACULTAD DE NUTRICIÓN |
| **POSGRADO** | MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN |
| **DATOS DEL ASPIRANTE** |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **DIRECCIÓN DE DOMICILIO:** |  |
| **TELÉFONO DE CASA:** |  | **TELÉFONO CELULAR:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** |  | **LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO/PAÍS) :** |  |
| **EDAD:** |  |
| **NACIONALIDAD:** |  |
| **RFC:** |  | **CURP:** |  |
| **SEXO (H/M):** |  | **ESTADO CIVIL:** |  |
| **¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?** |  | **¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ASPIRANTE** |
| **GRADO DE ESTUDIOS** | **ESCUELA/ INSTITUCIÓN/ESTADO** | **TÍTULO** | **PROMEDIO** | **FECHA EGRESO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA ACADÉMICA Y/O PROFESIONAL** |
| **ACTIVIDAD** | **INSTITUCIÓN** | **DURACIÓN** | **DOCUMENTO PROBATORIO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DOCUMENTO PROBATORIO**

NOMBRE Y FIRMA