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. (1) 439-1522; correo electrónico gcarril@buzon.uach.mx
http://www.uach.mx

Foto tamaño credencial

SOLICITUD POSGRADO

Este cuestionario será empleado sólo para fines estadísticos y tiene gran importancia en la planeación de actividades de la UACH. Es necesario que conteste con la mayor veracidad.

Nombre _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s)

Domicilio _____
Calle y número | Colonia

_____
Localidad | Estado | C.P. | Teléfono

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

Facultad a la que desea ingresar _____

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 del 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	○	○	○	○	○	○	○