



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 gcarri@buzon.uach.mx
http://www.uach.mx

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.

Four empty boxes for data entry.

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)

Table with 7 columns: Control de documentos para uso exclusivo del Departamento, Facultad, Rectoría, Título, Cédula, Acta de Examen, Rel. de Estudios, Acta de Nacimiento, Certificado Médico, Fotografías