

Nombre del Posgrado		<input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Maestría	Fecha actual
Nombre del Solicitante (apellido paterno, materno y nombre/s)			
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Localidad/Municipio, Estado y País)	Nacionalidad	
Estado Civil Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro _____		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono (diez dígitos)	Celular (diez dígitos)	Correo electrónico (con letra legible)	

Domicilio

Calle y número	Colonia
Localidad/Municipio y Estado	Código Postal

Antecedentes académicos

Estudios de licenciatura concluidos	Titulado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Institución de egreso	Año de terminación

En caso de emergencia notificar a

Nombre completo	Teléfono	Parentesco
------------------------	-----------------	-------------------

Exposición de motivos para ingresar al posgrado

Expectativas del posgrado

Confirmando que estos datos son verdaderos y acepto que, en caso de que se compruebe lo contrario, seré dado de baja automáticamente de la Universidad de Morelia quedando sin efecto cualquier estudio realizado.

Firma del solicitante

Firma del encargado del posgrado