

SOLICITUD DE ADMISION A ESTUDIOS DE POSGRADO

TRIMESTRE **20-1**

FOLIO No. _____

FECHA DIA **11** MES **11** AÑO **2019**

LEA CUIDADOSAMENTE, NO ESCRIBA DENTRO DE LAS AREA SOMBREADAS

SI ES O FUE ALUMNO DE LA UAM ANOTE SU MATRICULA:

2151802157

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO GARCIA				APELLIDO MATERNO MENDEZ		NOMBRE(S) RAUL	
FECHA DE NACIMIENTO	DIA 22	MES 04	AÑO 1988	R.F.C. GAMR770422UD5	EDAD 30	SEXO <input type="radio"/>	ESTADO CIVIL CASADO
NACIONALIDAD MEXICANA		CURP GAMR77422HDFB22S		LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DE MEXICO			
CALLE LA QUEMADA			No. EXT 174	No. INT 2	COLONIA NARVARTE		
DELEGACION O MUNICIPIO BENITO JUAREZ			CIUDAD/ESTADO DE MEXICO		CODIGO POSTAL 03023		
TELEFONO PARTICULAR 5556481428		TELEFONO OFICINA		FAX		CORREO ELECTRONICO GARCIA.RAUL@GMAIL.COM	

ANTECEDENTES

INSTITUCION DE PROCEDENCIA (MARQUE EL NUMERO QUE CORRESPONDA EN EL CUADRO DE LA DERECHA)

1. UNAM	
2. IPN	
3. INCORPORADA A LA UNAM	
4. INCORPORADA A LA SEP	<input type="checkbox"/>
5. UNIVERSIDAD ESTATAL	
6. INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD ESTATAL	
7. OTRA	
8. UAM	<input type="checkbox"/>

ESPECIFIQUE: **XOCHIMILCO**

PAIS: **MEXICO** INSTITUCION: **UAM**

ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS

LICENCIATURA: NUTRICION	FECHA DE EXAMEN: 5-SEPTIEMBRE-2016	PROMEDIO: 8.5
ESPECIALIZACION: _____	FECHA DE EXAMEN: _____	PROMEDIO: _____
MAESTRIA: _____	FECHA DE EXAMEN: _____	PROMEDIO: _____

DATOS ACADÉMICOS (MARQUE CON UNA "X" LOS ESTUDIOS QUE SOLICITA)

UNIDAD: XOC ()	ESPECIALIZACION ()	NIVEL DE ESTUDIOS SOLICITADO: MAESTRIA (X) DOCTORADO ()
DIVISION: CSH () CBS (X) CAD ()		
NOMBRE DEL POSGRADO CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	CLAVE 83	AREA DE CONCENTRACION -----

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION

CSH= CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
 CBS = CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
 CAD= CIENCIAS Y ARTES PARA EL DISEÑO

**USO EXCLUSIVO DE LA CSE
 COPIA DE DOCUMENTOS ENTREGADOS**

- 1. TITULO DE LICENCIATURA ()
- 2. GRADO DE MAESTRIA ()
- 3. CONSTANCIA DE TRAMITE DE TITULO O GRADO ()
- 4. CERTIFICADO DE LICENCIATURA ()
- 5. CERTIFICADO DE MAESTRIA ()
- 6. REVALIDACION DE ESTUDIOS ()
- 7. CONSTANCIAS DE TRAMITE DE REVALIDACION ()
- 8. ACTA DE NACIMIENTO ()
- 9. ESTANCIA LEGAL (FM2, FM1) ()
- 10. CONSTANCIA DE TRAMITE DE ESTANCIA LEGAL ()
- 11. CURP ()
- 12. CONSTANCIA DE IDIOMA (1) ()





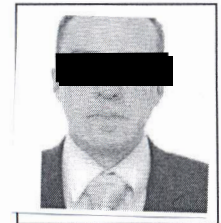
Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

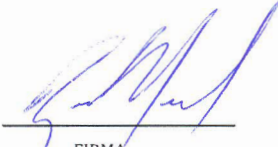
**TALON DE REGISTRO DE SOLICITUD
DE ADMISION A ESTUDIOS DE POSGRADO**

TRIMESTRE	20-I	FOLIO No		FECHA	DIA	MES	AÑO
					11	11	2019

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)		
GARCIA	MENDEZ	RAUL		
NOMBRE DEL POSGRADO	AREA DE CONCENTRACION			
CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	-----			
LUGAR PARA PRESENTAR MODALIDADES Y REQUISITOS DE ADMISION	DIA	MES	AÑO	HORA



PARA PRESENTAR LAS MODALIDADES Y REQUISITOS DE ADMISION Y PARA CUALQUIER OTRO TRAMITE, EXHIBIR ESTE TALON, EN CASO DE NO PRESENTARSE EN LA FECHA SEÑALADA QUEDARA CANCELADA LA SOLICITUD



FIRMA