

SOLICITUD DE ADMISIÓN MAESTRÍAS

Fecha de aplicación:

Matricula:

Datos generales del solicitante

Solicitud de Inscripción:

Estatus del Alumno:

Nuevo Ingreso	Reingreso	Equivalente
---------------	-----------	-------------

Activo	Baja Temporal	Baja Definitiva
--------	---------------	-----------------

Maestría a la que se inscribe:

Día Sábado / Domingo

--	--

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombre:

--	--	--

Nacionalidad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Estado civil:

--	--	--

Domicilio de residencia

Calle	Número	Colonia	Ciudad Estado	Código Postal
Teléfono casa:				
e-mail:				
Celular:				

Datos familiares

En caso de emergencia:

Nombre y parentesco	
Teléfono casa:	
Celular:	
Redes Sociales	

Documentación recepcionada:

La documentación entregada será resguardada en su expediente:

Acta de Nacimiento:

Sí	No
----	----

Certificado original de
Licenciatura:

Sí	No
----	----

Copia de título y
cédula;

Sí	No
----	----

CURP:

Sí	No
----	----

Tipo de sangre:

Padece alguna discapacidad:

Mencione cual:

	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
--	-----------------------------	-----------------------------	--

Datos académicos

Nivel de inglés:

Bajo	Medio	Alto
------	-------	------

Estudios nivel Licenciatura ó ingeniería	Nombre de la Institución donde estudiaste	Nombre del programa (RVOE ESTATAL O FEDERAL)	Fecha de inicio	Fecha de término
Licenciatura				
ingeniería				
Cedula Profesional	Número	Carrera	Año de expedición	
Número de cedula profesional				

Experiencia Laboral

Trabaja actualmente:

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Nombre	
Giro de la empresa:	
Puesto que ocupa:	
Teléfono:	

¿Cómo se enteró del programa? _____

REFERENCIAS FAMILIARES PARA AVISO EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA:

Nombre _____ Relación _____ Tel _____

Nombre _____ Relación _____ Tel _____

*Si soy admitido, me comprometo a cumplir mis obligaciones académicas y administrativas contenidas en el reglamento del Centro Universitario Colegio México. Certifico que los datos aquí expuestos son verídicos y acepto que, en caso de que se me compruebe lo contrario, seré dado de baja automáticamente de la institución. Finalmente, acepto que, si por alguna razón decido no ingresar al programa después de haber pagado la inscripción, la Universidad no me reembolsará el monto de la misma.

Al firmar esta solicitud, es de mi conocimiento que:

*La apertura de cualquier curso, diplomado o maestría programa está condicionada a contar con un mínimo de participantes, (35) y en caso de no integrarse el grupo, la fecha de inicio será pospuesta.

*Es posible cancelar cualquiera de las ofertas académicas anteriores dos días hábiles antes de la fecha de inicio.

*El Centro Universitario Colegio México se reserva el derecho de admisión en todos los cursos, diplomados y maestrías.

Firma del solicitante

Nombre completo y firma.