



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN SOLICITUD ÚNICA DE POSGRADO

PERÍODO ESCOLAR 2019-2



AREA DE ÉNFASIS _____

NO. DE SOLICITUD _____

Datos generales

Nombre _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Nacionalidad _____

Estado Civil _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Domicilio: _____

Calle

número

Colonia/Fraccionamiento

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Cel.

Correo Electrónico

Lugar de trabajo

Teléfono

Cel.

Correo Electrónico

Licenciatura cursada _____ matrícula (UABC) _____

Universidad de procedencia _____

Periodo de Estudios _____

Promedio obtenido _____

Fecha de titulación _____

Opción de titulación _____

Si su opción fue CENEVAL anotar los puntos obtenidos _____

Conocimientos de computación _____

Dominio de idioma extranjero _____%

MARQUE CON UNA X OTROS ESTUDIOS REALIZADOS

Cursos de actualización

Otros

Diplomado

Maestría

Especialidad

SITUACIÓN LABORAL:

Lugar de trabajo: _____

Puesto: _____

Tipo:

Privada:

Pública:

Propia:

Actividades principales: _____

Forma de financiamiento para la realización de los estudios:

Personal:

Beca u otros apoyos:

Especifique cuáles _____

Disposición de tiempo para la realización de los estudios:

Tiempo completo:

Medio tiempo:

Certifico que la información proporcionada en la presente solicitud, es verdadera

Firma del interesado

_____ a _____ de _____ del _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Recibió:

Observaciones:

Se convoca a entrevista y evaluación: () SI () NO

Admisión en el programa: () SI () NO