 CENTRO DE ESTUDIOS DE CIENCIAS  
 SOCIALES Y DE LA SALUD  
 ***Institución incorporada a la SEP***

**FORMATO DE INSCRIPCÍON A MAESTRÍA   
NOMBRE DE LA MAESTRÍA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE; | | | | |
|  | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO; | | **LUGAR DE NACIMIENTO;** | **EDAD;** | **SEXO** |
|  | |  |  |  |
| RESIDENCIA ACTUAL; | | **MUNICIPIO;** | **ESTADO;** | |
|  | |  |  | |
| COLONIA; | | **CALLE;** | **NUMERO INT.** | **NUMERO EXT.** |
| CÓDIGO POSTAL; | |  |  |  |
| DATOS PERSONALES | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO; | | **TELÉFONO DE CASA;** | **TELEFONO CELULAR;** | |
|  | |  |  | |
| OTRAS REDES SOCIALES; | |  | | |
| FORMACIÓN ACADEMICA | | | | |
| PROFESIÓN; | | **TITULACION POR MAESTRÍA\*** | **PROFESIONISTA;** | |
|  | | **( )** | **( )** | |
| SITUACIÓN LABORAL | | | | |
| LABORA ACTUALMENTE; | | **NOMBRE DE LA INSTITUCION;** | **TELEFONO Y/O DOMICILIO DE LA INSTITUCION;** | |
| SI  ( ) | **NO**  **( )** |  |  | |

|  |
| --- |
| Documentación a entregar; |
| 4 Fotografías tamaño infantil b/n o Color |
| 1 Copia INE/IFE |
| 1 Copia CURP |
| 1 Copia Acta de Nacimiento |
| 1 Copia de Título/ Cédula o Acta de Exámen de Recepción. |
| \*1 Copia de Oficio de Autorización de Escuela de Procedencia |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma del Inscrito.**