UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

Facultad de Odontología

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Secretaria de Investigación y Posgrado
Departamento de Registro Escolar
Campus Universitario I
Chihuahua, Chih., México C.P. 31000
Tel. (614)238-2011
http://www.fo.uach.mx

DCByE
FO-FM UACH

SOLICITUD POSGRADO

Nombre _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s)

Domicilio _____
Calle y número | Colonia

_____
Localidad | Estado | C.P. | Teléfono

Fecha de Nacimiento ☐☐☐ (Día Mes Año) **Sexo** ☐ Mas ☐ Fem **Lugar de Nacimiento (Estado y País)** _____

Facultad a la que desea ingresar _____

Especialidad, maestría o doctorado que pretende cursar _____

Nombre de la Escuela de procedencia (Maestría) _____
Localidad | Municipio | Estado y/o País

Nombre de la Maestría _____

Promedio en la Maestría ☐ **Fecha del acta de grado** ☐ (Día Mes Año)

¿Ha sido alumno de la UACH, o bien de alguna escuela incorporada a la UACH? **No** ☐ **Sí** ☐ **Número de matrícula (si tiene)** ☐

Control de documentos para uso exclusivo del Departamento

	Título	Cédula	Acta de Examen	Rel. de Estudios	Acta de Nacimiento	Certificado Médico	Fotografías
Facultad	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Rectoría	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯