**FICHA DE REGISTRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** | Haga clic aquí para seleccionar una fecha. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bueno por $:** | Haga clic o pulse aquí para escribir cantidad. |

**PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Aspirante:** | Haga clic y capture Ap. Paterno. | Haga clic y capture Ap. Materno. | Haga clic y capture Nombre (s) |
| **Edad:** | Haga clic y elija su edad. | **Sexo:** | Haga clic y elija un elemento. | **Lugar de Nacimiento:** | Haga clic para escribir lugar de Nacimiento. |
| **CURP:** | Haga clic para escribir su CURP. | **Escuela de Procedencia:** | Haga clic para escribir escuela de procedencia. |
| **Promedio:** | Haga clic aquí. | **Estado:** | Haga clic y elija un estado. | **Celular:** | Haga clic aquí. | **Tel. Fijo:** | Haga clic aquí. |
| **E-Mail:** | Haga clic aquí. | **Facebook:** | Haga clic aquí. |
| **Domicilio Particular:**  | Haga clic aquí para escribir su Calle. | **Número:** | Haga clic aquí. | **C.P.:** | Haga clic aquí. |
| **Colonia:** | Haga clic aquí. | **Ciudad:** | Haga clic aquí. | **Estado:** | Haga clic y elija un estado. |
| **Habla alguna Lengua Indígena:** | Haga clic aquí. | **Discapacidad:** | Haga clic aquí. |
| **Maestría a Cursar**Administración Educativa[ ]  Educación [ ]  Psicopedagogía [ ]  Dirección Administrativa para Entornos Digitales [ ]  |
| **Como te enteraste de la Institución:** | Haga clic aquí para escribir texto. |

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acta de Nacimiento** | Original [ ]  | Copia [ ]  | **Certificado de Licenciatura** | Original [ ]  | Copia [ ]  |
| **Título** Original [ ]  Copia [ ]  **Cédula** Original [ ]  Copia [ ]  **Carta motivo** [ ]  **CURP** [ ]   **INE** [ ] **6 fotografías tamaño Infantil** [ ]  **\* Para tramitar el grado profesional deberás contar con cédula profesional de Licenciatura.**  |

**DATOS DEL TRABAJO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domicilio Particular:**  | Haga clic aquí para escribir su Calle. | **Número:** | Haga clic aquí. | **C.P.:** | Haga clici aquí. |
| **Colonia:** | Haga clic aquí. | **Ciudad:** | Haga clic aquí. | **Estado:** | Haga clic y elija un estado. |
| **Dependencia:**  | Haga clic aquí para escribir su Calle. | **Sueldo Mensual:** | Haga clic aquí. |
| **Ocupación:** | Haga clic aquí. | **Teléfono:** | Haga clic aquí. |  |

**Nota:** No se hacen devoluciones sobre pagos que realice a menos que el grupo no se abra. Cada Grupo tendrá un mínimo de 25 personas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Se condiciona al Alumno por:** | Haga clic aquí. |

**Confirmo que los documentos entregados son legales de ser apócrifos deslindo a la Universidad y los estudios no serán válidos.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y firma del Aspirante** | **Nombre y firma de quien Inscribe.** |