

COMISIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES

INSTITUTO DE ASTRONOMÍA

SOLICITUD DE INGRESO COMO ESTUDIANTE

ESTUDIANTE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

PROGRAMA DE ESTUDIOS: _____

DOCTORADO: _____ MAESTRÍA: _____ LICENCIATURA: _____

SERVICIO SOCIAL: _____ AYUDANTÍA: _____

JOVENES HACIA LA INVESTIGACION: _____ PROPEDEÚTICO: _____

FACULTAD: _____ UNIVERSIDAD: _____ PAIS: _____

FECHA DE APROBACION DE LA SOLICITUD: _____
(para ser llenado por la Comisión) Día/Mes/Año

NOMBRE DEL ASESOR: _____

COMITÉ ASESOR: _____

FECHA ESTIMADA DE TÉRMINO: _____

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

ESTUDIOS DE LICENCIATURA - INSTITUCIÓN: _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL 100%: _____ PROMEDIO: _____

TESIS: _____

DIRECTOR DE TESIS: _____

FECHA DE EXAMEN: _____

ESTUDIOS DE MAESTRIA - INSTITUCIÓN: _____

FECHA DE TERMINACIÓN DEL 100%: _____ PROMEDIO: _____

TESIS: _____

DIRECTOR DE TESIS: _____

FECHA DE EXAMEN: _____

BECAS DE POSGRADO

CONACYT _____ DGEP _____ OTRA _____

ESPECIFICAR: _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TÉRMINO: _____
Mes/Año Mes/Año

DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO : _____ R. F. C.: _____

DIRECCION: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Vo. Bo. ASESOR

FECHA