**EL COLEGIO DE C HIHUAHUA**

Institución Pública Descentralizada de Investigación y Posgrado. Poder Ejecutivo del Estado

Decreto NO. 308/05 I P.O. Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Chihuahua

N° 87 de fecha 29 de octubre de 2005. C.C.T. 08ESU0003W

**Doctorado en Investigación**

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

**1. DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | |  | | |  | | |
|  | Apellido paterno | | | Apellido materno | | | Nombre(s) | | |
| Dirección |  | | |  | | |  | | |
|  | Calle | | | No | | | Colonia | | |
|  |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | |  | | | |  |
| Código postal | | | Ciudad | | Estado | | | | País |
|  | | | | |  | | | | |
| Teléfono | | | | | Fax | | | | |
|  | | | | | | | |  | |
| Correo electrónico | | | | | |  | |  | |
| Lugar de nacimiento | |  | | | | Fecha de nacimiento | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R.F.C., |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | No. de Cédula Profesional |

Homoclave

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CURP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Para uso exclusivo de la Coordinación de Posgrado

Fecha de recepción\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documentación revisada por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ocupación actual | |  | Institución o Empresa | | |  | | |
| Dirección |  | | | Tel |  | | Fax |  |
| Nombre, dirección, parentesco y teléfono de una persona para comunicarse en caso de emergencia | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**3. ESTUDIOS REALIZADOS**

MAESTRIA Y/O ESPECIALIDAD MÉDICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institución y lugar |  | | |
|  | | | |
| Periodo y fecha del título: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| Título tesis: | | | |

LICENCIATURA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institución y lugar |  | | |
|  | | | |
| Periodo y fecha del título: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Título de tesis: |  | | |
|  | | | |

Otros Estudios (diplomado, especialidad, etc.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución y lugar |  | | | |
|  | | | | |
| Periodo y fecha del título: | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| Título obtenido: | |  | | |
|  | | | | |

**4. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institución o Empresa | Lugar | Actividad | Período |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5. DECLARACIÓN**

“Manifiesto que toda la información que he proporcionado es verídica y que no he ocultado hecho o circunstancia que pudiera, en cualquier forma o momento, afectar desfavorablemente lo expuesto aquí. Acepto la responsabilidad que me sobreviniera por falsedad en algunos de los datos o falta de documentos que acrediten esta solicitud, asimismo, quedo enterado (a) que esta solicitud no será procesada si la documentación no está completa y que la recepción de la misma no implica mi aceptación como estudiante de posgrado en El Colegio de Chihuahua”

ACEPTO EL CONTENIDO DEL PÁRRAFO ANTERIOR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma |  | Fecha |

**EL Colegio De Chihuahua selecciona a sus estudiantes de posgrado con base en sus cualidades para realizar actividades académicas y científicas, por lo que se reserva el derecho de admisión de los mismos.**

**CARTA DE RECOMENDACIÓN**

(Información confidencial)

(Emitidas por dos personas de reconocido prestigio académico, **al menos con grado académico doctoral**)

A la persona que otorgue esta carta de recomendación se le informa lo siguiente: Esta información es de gran importancia para que la Coordinación del Posgrado emita un dictamen sobre la solicitud de admisión del aspirante, como estudiante de posgrado, considerando entre otras cualidades: habilidad intelectual, iniciativa, motivación, responsabilidad y madurez.

Información de la persona que otorgó esta carta de recomendación

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | | | | Ocupación |  | | |
| Institución y Dirección | | |  | | | | | | |
| Antigüedad | |  | | Tel |  | | | Fax |  |

Información de la persona que otorgó esta carta de recomendación

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | | | | Ocupación |  | | |
| Institución y Dirección | | |  | | | | | | |
| Antigüedad | |  | | Tel |  | | | Fax |  |