

Instrucciones: responda por favor en los espacios respectivos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** |  |
| **Edad** |  |
| **CURP** |  |
| **RFC y homoclave** |  |
| **Dirección** (calle, número, código postal, Municipio, Estado, País) |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Título del proyecto de investigación con el que postula para la maestría** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTUDIOS** | |
| **Licenciatura** |  |
| **Institución que otorgó el título de licenciatura** |  |
| **Tipo de titulación** (tesis, diplomado, estancia, etc.) |  |
| **Fecha de titulación** |  |
| **Promedio de la licenciatura** |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN** |
|  |

|  |
| --- |
| **PUBLICACIONES** |
|  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA LABORAL** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN MÉDICA** | |
| **Número de IMSS** |  |
| **Tipo de sangre** |  |
| **Enfermedades crónicas** |  |
| **Alergia a algún medicamento** |  |
| **En caso de accidente avisar a** (nombre y teléfono) |  |

Declaro que los datos son verdaderos:

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

Nombre y firma