UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

Facultad de Derecho
Secretaría de Investigación y Posgrado
Departamento de Registro Escolar
https://uach.mx/fd/

SOLICITUD POSGRADO

Conforme al Aviso de Privacidad, este cuestionario será empleado para fines estadísticos y en la planeación de actividades de la UACH, por lo que es necesario que conteste con la mayor veracidad.

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: FACULTAD DE DERECHO

Especialidad, maestría o doctorado que pretende cursar: _____

_____

Nombre de la Escuela de procedencia (Licenciatura) _____

_____

Localidad | Municipio | Estado y/o País

Nombre de la licenciatura _____

_____

Promedio en la Licenciatura ___ . ___

Fecha del acta de examen profesional 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)

CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre:	Teléfono:

Firma del solicitante: _____

Fecha de solicitud: ___ /___/___

Control de documentos para uso exclusivo del Departamento

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