



# SOLICITUD DE REGISTRO POSGRADO

No. cuenta \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

Forma ingreso \_\_\_\_\_

Favor de llenar esta solicitud con letra de molde legible.  
No llenar las áreas sombreadas.  
Cruce los cuadros correspondientes a su respuesta.



Fecha actual: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Periodo de ingreso: Enero  Agosto

Año de ingreso: \_\_\_\_\_

Posgrado al que desea ingresar: \_\_\_\_\_

## Datos del aspirante

Nombre(s) _____		Apellido paterno _____		Apellido materno _____	
Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Lugar de nacimiento: _____			
		Ciudad _____		Estado _____ País _____	
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Día Mes Año		Nacionalidad: _____		Tipo de FM (sólo extranjeros): _____	
Estado civil: _____		CURP: _____		Religión: _____	
Correo electrónico: _____					

¿Tienes alguna discapacidad? Sí  No

### Indica el tipo de discapacidad:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visual - ceguera         | <input type="checkbox"/> Auditiva - hipoacusia      | <input type="checkbox"/> Sordoceguera        |
| <input type="checkbox"/> Visual - baja visión     | <input type="checkbox"/> Auditiva - sordera         | <input type="checkbox"/> Déficit de atención |
| <input type="checkbox"/> Otra discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Intelectual         |
| Especifica: _____                                 | Especifica: _____                                   | Especifica: _____                            |
| <input type="checkbox"/> Motriz                   | <input type="checkbox"/> Mental / Psicosocial       | <input type="checkbox"/> Otra                |
| Especifica: _____                                 | Especifica: _____                                   | Especifica: _____                            |
| <input type="checkbox"/> Espectro autista         |   |  |
| <input type="checkbox"/> Múltiple                 |   |  |
| Especifica: _____                                 |   |  |

¿Hablas alguna lengua indígena? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Qué transporte utilizas? Automóvil propio  Automóvil familiar  Transporte público  Bicicleta  Caminando   
Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Trabaja? Sí  No  Empresa donde trabajas: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

¿Has estado inscrito(a) antes en la IBERO Puebla? Sí  No  En caso afirmativo, anota tu número de cuenta: \_\_\_\_\_

## Domicilio del aspirante

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia
Ciudad	Estado	País	Código Postal
<b>Teléfonos</b> Casa: _____ 10 dígitos	Trabajo: _____ 10 dígitos	Celular: _____ 10 dígitos	
Otro: _____ 10 dígitos			

## Antecedentes académicos

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_

Nombre	Ciudad	Estado
--------	--------	--------

Tipo de escuela de procedencia: Particular  Pública  Promedio obtenido: \_\_\_\_\_

Nivel académico actual: Licenciatura  Especialidad  Maestría  Doctorado

Indica tus estudios previos:

Licenciatura en: \_\_\_\_\_ Maestría en: \_\_\_\_\_

Especialidad en: \_\_\_\_\_ Doctorado en: \_\_\_\_\_

## Datos de contacto

Por favor anota los datos de la persona a la que nos podamos dirigir en caso de ser necesario.

\_\_\_\_\_ Género: F  M

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
-----------	------------------	------------------

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia
Ciudad	Estado	País	Código Postal

**Teléfonos** Casa: \_\_\_\_\_  
10 dígitos Trabajo: \_\_\_\_\_  
10 dígitos Celular: \_\_\_\_\_  
10 dígitos

Otro: \_\_\_\_\_  
10 dígitos Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Certifico que los datos aquí anotados, son verídicos y acepto que, en caso de que se compruebe lo contrario, seré dado de baja automáticamente de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Estoy informado y acepto que, con la finalidad de que la Universidad Iberoamericana Puebla pueda realizar los trámites para mi estancia en la Institución, se llevará a cabo la transferencia necesaria de mis datos y de la documentación que la respalde para la validación y registro de la misma. Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del aviso de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular

\_\_\_\_\_  
Firma autógrafa del titular