**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**Y POSGRADO**

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

Esta solicitud deberá ser llenada por todo estudiante nacional o extranjero de los programas académicos de Posgrado. La claridad y exactitud de los datos permitirá evaluar correctamente los antecedentes y la experiencia del solicitante. La presente solicitud deberá ser entregada a la Coordinación, anexando la ficha de depósito del pago correspondiente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maestría:** | | | | **Plan:** |
| **Semestre:** | | | **Grupo:** | **Generación:** |
| **Materias:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ( ) 1º Semestre | ( ) | Constancia del 2º Nivel de Compresión de Lectura del Idioma Inglés | | |
| ( ) 2º Semestre | ( ) | Protocolo Autorizado Nombre | |  |
| ( ) 3ª Semestre |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales** | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | Apellido Materno | | | Nombre (s) |
|  | | | |  | | |  |
| **Domicilio** | | | | | | | |
| Calle | | | No. Exterior | | Colonia: | | |
| C.P. |  | | Localidad, Estado, País: | | |  | |
| Correo electrónico : | |  | | | | | |
| Teléfono celular: | |  | | | | | |
| Teléfono fijo: | |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Empresa o Institución en donde se desempeña actualmente:** | | | |
| Sector económico a la que pertenece: | | | |
| Puesto que ocupa: | | | |
| Fecha de inicio: | | | |
| Teléfono (s) |  | No. de Ext.: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personas de contacto en casos extraordinarios:** | | |
| Nombre |  | |
| Domicilio: | | Teléfono: |
| Nombre: |  | |
| Domicilio: | | Teléfono: |

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. Nombre y firma del (la) Maestrando (da).**