**Instituto de Educación Superior**

***Ficha de Inscripción***

**Maestría En**

# Registro de Datos Personales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Edad:** |
| **Dirección:** |  |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  | **Lugar de Nacimiento:** |
| **Fecha de Inscripción:** |  |  |
| **Correo:** |  | **Núm. Celular:** |
| **Nombre de Tutor:** |  | **Núm. Celular:** |

***Datos Laborales***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Empresa:** |  |  |
| **Dirección:** |  | **Núm. Teléfono:** |

# Datos Escolares

|  |  |
| --- | --- |
| **Instituto de Procedencia:** |  **Promedio:**  |
| **Revalidación:** | **Si** | **No** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nombre*** |  | ***Firma*** |

Original Expediente Copia

***Documentación Presentada***

**Instituto de Educación Superior**

|  |  |
| --- | --- |
| Villahermosa, Tabasco | con fecha de hoy  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre**: |  |
| **Periodo Semestral:** |  |
| **Documento** | **Original** | **Fotocopia** |
| Ficha De Inscripción |  |  |
| Acta De Nacimiento |  |  |
| Certificado De Estudios Universitario |  |  |
| Documento en el cual solicita el ingreso a la institución |  |  |
| Carta de exposición de motivo de ingreso |  |  |
| Certificado Médico reciente expedido por una institución pública del sector salud |  |  |
| Curp |  |  |
| Seis Fotografías T/Infantil, De Frente, B/N, No Instantáneas |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nombre*** |  | ***Firma*** |

Original KARDEX Copia Expediente