FICHA DE REGISTRO DE ASPIRANTES.

Fotografía del aspirante

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Fecha de Nacimiento |  | Nacionalidad |  |
| CURP |  | Correo electrónico |  |
| **Domicilio para correspondencia y notificaciones** |
| Calle y número |  |
| Colonia |  | Código Postal |  |
| Ciudad |  | Entidad Federativa |  |
| Teléfono particular |  | T. Celular |  | T. Trabajo |  |
| **Motivos para elegir el programa** |
|  |

**Razones para realizar estudios de posgrado:** (puede marcar más de una opción)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Interés personal de superación. |
|  | Aprovechar habilidades/vocación personal. |
|  | Mejorar posibilidades de superación en el ámbito profesional. |
|  | Aumentar ingresos |
|  | Prepararse para el ejercicio profesional. |
|  | Prepararse para estudios de doctorado. |
|  | Otra (especificar): |

**¿Por qué eligió el programa?** (puede marcar más de una opción) **¿Cómo se enteró de este programa?** (puede marcar más de una opción)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Facilidad de ingreso a la institución. |  | Por Egresados. |
|  | Cercanía geográfica. |  | Por profesores. |
|  | Enfoque hacia el diseño. |  | Por Familiares o amistades. |
|  | Enfoque profesionalizante |  | Por folletos o carteles. |
|  | Nivel académico de egreso |  | Página web de la Facultad/Posgrado. |
|  | Posibilidad de beca. |  | Redes sociales |
|  | Costo accesible. |  | Correo electrónico. |
|  | Prestigio del programa. |  | Otro (especificar): |
|  | Prestigio de la planta docente. |  |  |

**Antecedentes académicos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Institución de egreso: |  |
| Facultad: |  |
| Año de egreso: |  | Fecha de titulación |  | Promedio: |  |
| **Otros estudios formales:** | **Otros estudios de actualización:** |
|  |  |

**Antecedentes profesionales relevantes:**

|  |  |
| --- | --- |
| Institución o empresa/Departamento: |  |
| Puesto o cargo desempeñado: |  | Período: |  |
| Institución o empresa/Departamento: |  |
| Puesto o cargo desempeñado: |  | Período: |  |
| Institución o empresa/Departamento: |  |
| Puesto o cargo desempeñado: |  | Período: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tiempo que le dedicará a los estudios de posgrado (horas por semana): |  |
| Tendrá apoyo económico de alguna institución para realizar los estudios de posgrado: |
| si |  | no |  |
| Institución: |  |  |
| En caso de obtener beca CONACyT podría dedicarse de tiempo completo al programa: |
| si |  | no |  |
|  |  |  |  |
| Fecha de registro |  | Nombre y firma del aspirante |  |