



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS  
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

Asunto: Solicitud de registro

**Dr. Edgar Zenteno Galindo**

Coordinador del Programa

Después de haber revisado la convocatoria de ingreso para la *Promoción 2017-2* del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, manifiesto ante usted mi interés y compromiso para ser aspirante a

Nivel: \_\_\_\_\_

Campo del Conocimiento de las Ciencias \_\_\_\_\_  
(Médicas, Odontológicas, Salud o Bioética)

Campo Disciplinario en \_\_\_\_\_  
(Especialidad y/o Subespecialidad)

Entidad Académica \_\_\_\_\_  
(Sólo los aspirantes a Ciencias Médicas)

Reúno todos los requisitos de ingreso y estoy dispuesto(a) a cumplir con cada una de las fases del proceso de selección establecidas.

Me comprometo a ingresar todos los datos solicitados en la [cédula de registro de aspirante](#) (cuestionario de antecedentes académicos y laborales) vía internet.

Agradeciendo de antemano la atención brindada y esperando verme favorecido(a) en mi participación, reitero a usted mis distinguidas consideraciones.

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

Ciudad Universitaria, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Firma del Aspirante: \_\_\_\_\_

Nombre del aspirante: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_