



**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 2019-1* 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: DOCTORADO

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 Concurso de Selección establecidas.

Me comprometo a ingresar todos los datos solicitados en la [cédula de registro de aspirante](#) (cuestionario de antecedentes académicos y laborales), misma que se me proporcionará al entregar la documentación solicitada en esta fase inicial de conformidad con la convocatoria del Campo del Conocimiento donde participaré.

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 2018.

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

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

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

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