



**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 2018-2* 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 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 Cd. Mx., a ___ de _____ de 2017.

Firma del Aspirante: _____

Nombre del aspirante: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono celular: _____

e-mail: _____