**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**Y POSGRADO**

**SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN**

Esta solicitud deberá ser llenada por todo estudiante nacional o extranjero de los programas académicos de Posgrado. La claridad y exactitud de los datos permitirá evaluar correctamente los antecedentes y la experiencia del solicitante. La presente solicitud deberá ser entregada a la Coordinación, anexando la ficha de depósito del pago correspondiente.

|  |  |
| --- | --- |
| **Maestría:** | **Plan:**  |
| **Semestre:**  | **Grupo:**  | **Generación:**  |
| **Materias:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ( ) 1º Semestre | ( ) | Constancia del 2º Nivel de Compresión de Lectura del Idioma Inglés |
| ( ) 2º Semestre | ( ) | Protocolo Autorizado Nombre |  |
| ( ) 3ª Semestre |  |

|  |
| --- |
| **Datos personales** |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
|  |  |  |
| **Domicilio** |
| Calle | No. Exterior | Colonia: |
| C.P. |  | Localidad, Estado, País:  |  |
| Correo electrónico :  |  |
| Teléfono celular:  |  |
| Teléfono fijo:  |  |

|  |
| --- |
| **Empresa o Institución en donde se desempeña actualmente:** |
| Sector económico a la que pertenece:  |
| Puesto que ocupa:  |
| Fecha de inicio:  |
| Teléfono (s)  |  | No. de Ext.:  |  |

|  |
| --- |
| **Personas de contacto en casos extraordinarios:** |
| Nombre |  |
| Domicilio:  | Teléfono:  |
| Nombre:  |  |
| Domicilio:  | Teléfono:  |

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C. Nombre y firma del (la) Maestrando (da).**