

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN CIENCIAS
DE LA SALUD**



PROGRAMA: MAESTRÍA EN CIENCIAS CLÍNICAS

DATOS PERSONALES							
NOMBRE: _____							
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)	
ESCUELA: _____							
STATUS (marque con una X):		Tiempo completo: <input type="checkbox"/>		Tiempo parcial: <input type="checkbox"/>		REGISTRO: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/> MAESTRÍA	<input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD					
(marque con una X)							
FECHA DE REGISTRO: <input type="text"/>			FECHA MÁXIMA DE TERMINACIÓN: <input type="text"/>				
d m a			d m a				
ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____							

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRAR EL EXPEDIENTE

	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO	
	COPIA DEL CURP	
	COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL	
	COPIA DEL CERTIFICADO DE LICENCIATURA	
	COPIA DE TÍTULO PROFESIONAL O CARTA DE PASANTE	
	COPIA DEL ACTA DE EXAMEN PROFESIONAL	
	SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A ESTUDIOS DE POSGRADO	
	CURRÍCULUM VITAE	
	CONSTANCIA DE EXAMEN DE IDIOMA PARA MAESTRÍA O ESPECIALIDAD	Idioma: _____
	ACTA DE EXAMEN DE ADMISIÓN	Fecha <input type="text"/>
	CARTA PROTESTA	d m a
	CARTA DE EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	
	ACTA DE REGISTRO DEL TEMA DE TESIS Y DESIGNACIÓN DE DIRECTOR	
	ACTA DE REVISIÓN DE TESIS	Fecha: <input type="text"/>
	ACTA DE EXAMEN DE GRADO MAESTRO EN CIENCIAS	Fecha: <input type="text"/>
		d m a

PARA ALUMNOS EXTRANJEROS: Los documentos oficiales deberán estar apostillados.

	FORMA MIGRATORIA FM-3	Nacionalidad: _____
	CARTA PROTESTA PARA ESTUDIANTES EXTRANJEROS	