

|  |
| --- |
| MARCAR CON UNA X LA MAESTRÍA QUE DESEA INSCRIBIRSE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MAESTRÍAS EN LA MODALIDAD SEMIPRESENCIAL | | | |
| Maestría en Educación |  | Maestría en Educación en el Área de Matemáticas |  |
| Maestría en Pedagogía |  | Maestría en Educación en el Área de Ciencias Sociales |  |
| Maestría en Educación en el Área de Artes |  | Maestría en Educación en el Área de Ciencias Naturales |  |
| Maestría en Educación en el Área de Inglés |  | Maestría en Educación en el Área de Español y Literatura |  |
|  |  | Maestría en Educación en el Área de Educación Física |  |

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  | Sexo: | **M** |  | **F** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Nacimiento |  | Edad |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lugar de Nacimiento |  | País |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C.U.R.P. |  | Estado Civil |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. de Identificación IFE |  | No. Pasaporte |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lugar y País de Residencia |  | Código Postal |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lada y Teléfono de Casa |  | Celular |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo (s) Electrónico (s) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ANTECEDENTES DE LICENCIATURA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Periodo en que cursó la Licenciatura |  | Año que Egresó |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Institución donde cursó la Licenciatura |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar de la institución que expide el certificado |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DESEA REVALIDAR ASIGNATURAS CURSADAS EN OTRA INSTITUCIÓN? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Maestría que cursó |  | Cuantas asignaturas cursó? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad o institución donde la cursó |  |

|  |
| --- |
| *Si desea revalidar, debe acompañar la solicitud con el certificado de estudios de la maestría cursada .* |

|  |  |
| --- | --- |
| VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN |  |

Certifico que toda la información suministrada en la presente solicitud es correcta, verídica y completa. Reconozco que falsificar y/o suministrar información incorrecta en esta solicitud puede considerarse causa justa para la denegación de admisión o para ser suspendido de la institución. Me comprometo a conocer y respetar las normas y reglamentos de la **Universidad de Baja California.** Es importante estar al día en el pago de colegiaturas para mantener la **BECA INSTITUCIONAL** otorgada por la **UBC**. Las colegiaturas deben pagarse del **1 al 10 de cada mes**, a partir del día **11** se cobrará un recargo de **$250** por cada mensualidad vencida.

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR Y FECHA** |  |

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA DEL ALUMNO (A) |

