**SOLICITUD DE INGRESO**

**CICLO 2025-2027**

1. **DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  | | | Maestría a la que desea ingresar: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nombre |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio. Calle y número |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colonia |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad |  | | | | | | | | | | | | C.P. | | | |  | | |
| Delegación/ Municipio |  | | | | | | | | Estado | |  | | | | | | | | |
| Teléfonos |  | | | | | | Móvil | |  | | | | | | | | | | |
| Correo Electrónico |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | (Día/mes /año) | |  | | | | Sexo | Hombre | | | |  | | | | Mujer | | |  | |
| Lugar de nacimiento | País | |  | | | | | | Estado | | | | |  | | | | | |
| Ciudad | |  | | | | | | Nacionalidad | | | | |  | | | | | |
| RFC |  | | | | | | CURP | |  | | | | | | | | | | |
| Estado Civil |  | | | | | Número dependientes económicos | | | | | | | | |  | | | | |
| Actividad actual | Empleado |  | | | | Estudiante |  | | Desempleado | | | | | | | | |  | |
| ¿Es empleado? | Empresa/Institución | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LICENCIATURA** | | | | |
| Carrera |  | | | |
| Facultad |  | | | |
| Universidad o IES |  | | | |
| Fecha de Titulación |  | | Promedio |  |
| Solo ex-alumnos ITSTA | Matrícula |  | Opción de Titulación |  |
| Nombre de la Tesis |  | | | |

1. **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS FAMILIARES EN CASO DE ACCIDENTES** | | | |
| Nombre |  | | |
| Parentesco |  | | |
| Domicilio. Calle y número |  | Colonia |  |
| Ciudad y municipio |  | Estado |  |
| Teléfonos |  | Móvil |  |
| Correo Electrónico |  | | |
| Mencionar si padece alergias y enfermedades |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEÑALE LA FORMA EN QUE FINANCIARA SUS ESTUDIOS DE POSGRADO** | | | | | |
| Comisionado Por la Empresa y/o institución de trabajo |  | | | | |
| Con recursos Propios |  | | | | |
| Apoyo familiar |  | | | | |
| Algún tipo de Beca (mencionar la dependencia) |  | Beca total |  | Beca parcial |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA DEL ITSTA?** | | | |
| Anuncio de prensa |  | Internet |  |
| Personal del ITSTA |  | Cartel/Folleto |  |
| Otro (Especifique) |  | | |

***Certifico que los datos asentados por mi persona son verídicos y autorizo para que esta Institución verifique la autenticidad de los mismos ante las autoridades correspondientes.***

A t e n t a m e n t e

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aspirante al Programa de Posgrado**