



Los datos personales y documentos serán protegidos, incorporados y tratados con fin académico ante la Secretaría de Educación y este Instituto.
"consulta aviso de privacidad en www.iep.chiapas.gob.mx"

Indicaciones: Llenar con letra clara a mano o computadora.

Sede: _____ Cuatrimestre: _____ Grupo: _____

DATOS DEL POSGRADO:

Anote el nombre del Programa a inscribirse:

*Especialidad: _____

*Diplomado: _____

*Doctorado: _____

Maestría en Educación:

Desarrollo del Pensamiento Lógico-Matemático

Gestión e Innovación Educativa

Sociedad, Pensamiento y Lenguaje

Ecología

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Hombre

Mujer

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)

Entidad de nacimiento

Municipio/Localidad de nacimiento

Estado Civil

DOMICILIO

Avenida o Calle

Número

Localidad

Colonia

Municipio

C.P.

Discapacidad
Especifique

Sí

No

Número de Celular

Otros Números

Correo Electrónico

Otro correo electrónico

CURP

RFC con homoclave

Habla alguna Lengua Indígena
(especifique)

ESCOLARIDAD

Licenciatura

Institución

Titulado:
Sí No

Promedio

Maestría

Institución

Titulado:
Sí No

Promedio

Doctorado

Institución

Titulado:
Sí No

Promedio

Otro

Institución

Titulado:
Sí No

Promedio

EMPLEO ACTUAL

Nombre del Centro de Trabajo

Clave del Centro de Trabajo (CCT)

Zona Escolar

Sistema al que pertenece Estatal/ Federal /Otro especifique

Municipio y Estado del CCT

Número de tel. CCT

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____