



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

Al concluir el 2° Cuatrimestre de la Maestría, tramitará usted sus documentos de la "Especialidad en Didáctica e Intervención Educativa"
(SI) (NO)

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 Sí No
Especifique _____

Número de Celular _____ Otros Números _____ Correo Electrónico _____ Otro correo electrónico _____

CURP _____ RFC con homoclave _____ Habla alguna Lengua Indígena (especifique) _____

ESCOLARIDAD

Licenciatura	Institución	Titulado:	Promedio
_____	_____	Sí No	_____
Maestría	Institución	Titulado:	Promedio
_____	_____	Sí No	_____
Doctorado	Institución	Titulado:	Promedio
_____	_____	Sí No	_____
Otro	Institución	Titulado	Promedio
_____	_____	Sí No	_____

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 _____