

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CHINÁ
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACIÓN
SOLICITUD DE FICHA PARA EXAMEN DE SELECCIÓN (Exani-III)

Folio: _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)														
Fecha de nacimiento <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Año Mes Día</p>									<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 30px; height: 30px;"> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">F M Género</p>							Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Especifique _____

CURP: _____

Nombre completo de la Institución de procedencia: _____

Nombre del Posgrado de su preferencia:
[Marque con una X en la primera columna, el posgrado de su preferencia]

Opción	Posgrado
	Maestría en Ciencias en Agroecosistemas Sostenibles.
	Maestría en Administración.

ESTADO CIVIL
() Soltero
() Casado
() Viudo
() Unión Libre
() Divorciado

CAPACIDAD DIFERENTE		
() Sí tengo, especifique _____		
() No tengo		
¿CUENTAS CON ALGUNA BECA?		
() Sí ¿Quién la otorgó? _____		
() No		
¿Tu familia pertenece al Programa OPORTUNIDADES?	() Si	() No

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CHINÁ
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACIÓN
SOLICITUD DE FICHA PARA EXAMEN DE SELECCIÓN (Exani-III)

DATOS SOCIOECONÓMICOS

¿CUAL ES LA OCUPACIÓN O TRABAJO DE TUS PADRES O TUTORES? (SELECCIONA UNA OPCIÓN POR COLUMNA)	Padre	Madre
	No lo sé	<input type="checkbox"/>
Labores del Hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dueño de negocio, empresa, despacho o comercio estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesor, investigador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesión al que ejerce por su cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obrero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganadero, agricultor o similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campeño, jornalero, pescador o similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilado o pensionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funcionario o gerente de empresa privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funcionario de empresa pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado, oficinista o secretaria de empresa privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burócrata, oficinista o secretaria de empresa pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador de oficio con personal a su cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendedor en comercio o empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendedor por su cuenta o ambulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peón, ayudante, mozo o empleada doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro de las fuerzas armadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿DE QUIEN DEPENDES ECONOMICAMENTE?
<input type="checkbox"/> Padre y Madre
<input type="checkbox"/> Padre y Madre y Yo mismo
<input type="checkbox"/> Padre
<input type="checkbox"/> Padre y yo mismo
<input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/> Madre y yo mismo
<input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Hermanos y yo Mismo
<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja
<input type="checkbox"/> Cónyuge, pareja y Yo mismo
<input type="checkbox"/> Otro familiar o amigo
<input type="checkbox"/> Yo mismo
<input type="checkbox"/> Otro

LA CASA DONDE VIVES ES:
<input type="checkbox"/> Propia
<input type="checkbox"/> Rentada
<input type="checkbox"/> Prestada
<input type="checkbox"/> Se está pagando
<input type="checkbox"/> Otra

Tipo de Sangre: _____

En caso de emergencia, ¿Con quién nos podemos comunicar? _____

Domicilio de esa persona si es distinto al del alumno

Calle Número Colonia C.P. Municipio Estado

Teléfono Lugar de Trabajo Teléfono del Trabajo

¿Cómo te enteraste de nuestras carreras profesionales?

Prensa Radio Nuestra página web Redes sociales

Otro ¿Cuál? _____

Nombre y Firma