

**POSGRADO**  
**FICHA PARA EXAMEN DE DIAGNÓSTICO**

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Foto
CURP	Fecha de Nacimiento día / mes / año		
Carrera profesional cursada			
Institución	Fecha de egreso día / mes / año	Fecha de titulación día / mes / año	
Correo electrónico			

**Domicilio**

Calle	Número	Colonia	Código Postal
Ciudad	Estado		
Teléfono (móvil)	Teléfono (fijo)		
Fecha de examen:	Observaciones:		Sello
_____			

Maestría a ingresar: