



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE FARMACIA

Secretaría de Investigación

Jefatura de Posgrado

POSGRADO EN FARMACIA

REGISTRO DE ASPIRANTE

Fecha: _____ de _____ de _____
(#) (mes) (año)

1. Programa al que desea ingresar

Maestría en Farmacia
Doctorado en Farmacia

Foto

2. Datos Personales

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____
Nombre (como aparece en el acta de nacimiento)

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: _____
(años) (día/mes/año)

3. Domicilio particular

Calle _____ Número Exterior _____ Número Interior _____
Colonia _____ Municipio o localidad _____ CP _____
Entidad Federativa: _____ País: _____
(Estado)

4. Contacto

Teléfono (Particular / Celular): _____ Correo electrónico: _____

5. Antecedentes y procedencia

Grado anterior de estudios: _____ Carrera/Posgrado de Procedencia: _____ Promedio del grado anterior: _____
Institución de procedencia (Universidad/Instituto/Facultad): _____

6. Área de interés

Química y Biotecnología Farmacéutica Farmacia Industrial Biociencias Farmacéuticas Farmacia Hospitalaria y Comunitaria

Firma del Aspirante

A llenar por el Posgrado en Farmacia

Documentos que entrega: Marcar con una los documentos entregados y con una X aquellos que tengan alguna observación

Recibo de pago de registro	<input type="checkbox"/>	Currículum Vitae	<input type="checkbox"/>
Carta de exposición de motivos	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial	<input type="checkbox"/>
Carta de recomendación	<input type="checkbox"/>	CURP*	<input type="checkbox"/>
Copia certificado de grado anterior de estudios	<input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio*	<input type="checkbox"/>
Copia del título del grado anterior	<input type="checkbox"/>	Constancia de acreditación del idioma español**	<input type="checkbox"/>
Copia de la cédula profesional	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Acta de nacimiento	<input type="checkbox"/>		

*Solo para aspirantes nacionales

**Solo aspirantes de lengua materna distinta al español

Observaciones: _____

Al firmar esta solicitud, el aspirante solicita y acepta como medio oficial de recepción de avisos, de solicitudes y de dictámenes, la dirección electrónica que asienta en el presente documento, comprometiéndose a revisarlo de manera cotidiana. Asimismo, se compromete a entregar los documentos solicitados, en caso de ser aceptado.



Av. Universidad 1001 Col. Chamilpa, Cuernavaca Morelos, México, 62209, Edificio C, Tercer piso,
Facultad de Farmacia, Tel. (777) 329 701 1, 329 70, 00, Ext. 7986 / posgrado_ff@uaem.mx

UAEM
RECTORÍA
2023-2029