



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR
CEDULA DE INSCRIPCIÓN



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:

- En Desarrollo del pensamiento Lógico- Matemático
 En Gestión e innovación Educativa
 En Sociedad, Pensamiento y Lenguaje
 Y 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 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Promedio _____
Maestría	Institución	Titulado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Promedio _____
Doctorado	Institución	Titulado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Promedio _____
Otro	Institución	Titulado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 _____