

FORMA DE REGISTRO PARA ESTUDIANTES DE POSTGRADO

REGISTRO
RENOVACIÓN

TIPO DE USUARIO: _____

DATOS PERSONALES

APELLIDOS, NOMBRE (S): _____

E-MAIL: _____ TEL. PARTICULAR : _____

DIRECCIÓN : _____

DATOS ADICIONALES

LICENCIATURA

MAESTRÍA

DOCTORADO

CIUDAD DE MÉXICO

MORELIA

OTRO _____

NÚMERO DE CUENTA: _____ FACULTAD : _____

CARRERA: _____ MATEMÁTICAS: COMPUTACIÓN: ENSEÑANZA:

El registro es válido hasta fin de semestre.

FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

DATOS DEL INVESTIGADOR QUE AVALA

NOMBRE COMPLETO: _____

E-MAIL : _____

CON MI FIRMA AVALÓ QUE EL ESTUDIANTE TIENE UNA RELACIÓN ACADÉMICA CONMIGO Y QUE NECESITA LOS SERVICIOS DE UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA . ESTE REGISTRO SERÁ VÁLIDO SOLO HASTA EL TÉRMINO DEL SEMESTRE.

FIRMA