

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DOCTORADOS EN LA MODALIDAD VIRTUAL | | | |
| Doctorado en Educación |  | Plan de Estudios en 2 años |  |
| Doctorado en Psicología |  | Plan de Estudios en 3 años |  |
| * Los alumnos que ingresen con estudios de licenciatura, la duración del programa será de 3 años. * Los alumnos que ingresen con estudios de especialidad o maestría, podrán elegir el cursado de 2 o 3 años. | | | |

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  | Sexo: | **M** |  | **F** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de Nacimiento |  | Edad |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lugar de Nacimiento |  | País |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C.U.R.P. |  | Estado Civil |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. de Identificación IFE |  | No. Pasaporte |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lugar y País de Residencia |  | Código Postal |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lada y Teléfono de Casa |  | Celular |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo (s) Electrónico (s) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ANTECEDENTES DE MAESTRÍA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Periodo en que cursó la Maestría |  | Año que Egresó |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Institución donde cursó la Maestría |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar de la institución que expide el TÍTULO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DESEA REVALIDAR ASIGNATURAS CURSADAS EN OTRA INSTITUCIÓN? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Doctorado que cursó |  | Cuántas asignaturas cursó? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Universidad o institución donde la cursó |  |

|  |
| --- |
| *Si desea revalidar, debe acompañar la solicitud con el certificado de estudios del doctorado cursado.* |

|  |  |
| --- | --- |
| VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN |  |

Certifico que toda la información suministrada en la presente solicitud es correcta, verídica y completa. Reconozco que falsificar y/o suministrar información incorrecta en esta solicitud puede considerarse causa justa para la denegación de admisión o para ser suspendido de la institución. Me comprometo a conocer y respetar las normas y reglamentos de la **Universidad de Baja California.** Es importante estar al día en el pago de colegiaturas para mantener la **BECA INSTITUCIONAL** otorgada por la **UBC**. Las colegiaturas deben pagarse del **1 al 10 de cada mes**, a partir del día **11** se cobrará un recargo de **$300** por cada mensualidad vencida.

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR Y FECHA** |  |

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA DEL ALUMNO (A) |

