



UNIVERSIDAD
DEL ISTMO
SABER PARA SERVIR

ID _____

FECHA _____

No. CARNÉ _____

No. RECIBO _____

FOTOGRAFÍA

SOLICITUD de ADMISIÓN
PROFESORADOS Y LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA

FORMACIÓN PROFESIONAL ABIERTA

- Profesorado en Educación Inicial y Preprimaria
- PEM Inglés L3
- Profesorado en Educación Primaria
- PEM Biología y Química
- PEM Matemáticas y Física
- PEM Educación Artística
- PEM Comunicación y Lenguaje L1
- PEM Tecnologías de la información y comunicación
- PEM Ciencias Sociales
- Licenciatura en Administración Educativa

INFORMACIÓN PERSONAL

1. Nombre: _____ / _____
primer nombre / segundo nombre

_____ / _____ / _____
primer apellido / segundo apellido / apellido de casada

2. Sexo: femenino masculino

3. Estado civil: soltero(a) viudo(a) casado(a) casado(a) por lo civil separado(a)
 unido(a) divorciado(a)

4. Religión: _____ 5. Nacionalidad: _____

6. Lugar de nacimiento: _____ 7. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
DD MM AA

8. Se identifica con: DPI _____ Pasaporte _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. Domicilio: _____

2. Teléfono de casa: _____ 3. Teléfono celular: _____

4. Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN EDUCACIONAL

Institución			
Año			
Título obtenido: Bachiller <input type="radio"/> Perito <input type="radio"/> Secretaria <input type="radio"/> Maestra <input type="radio"/>			
Otros estudios	Año	Institución / Universidad	Área de Estudio

INFORMACIÓN FAMILIAR

ESPOSO(A)

1. Nombre: _____ 2. Profesión: _____

3. Domicilio: _____ 4. Teléfono: _____

5. Lugar de trabajo: _____ 6. E-mail: _____

7. Dirección de trabajo: _____ 8. Teléfono: _____

9. Nombre y edad de los hijos: _____

INFORMACIÓN LABORAL

1. Trabajo actual:

Institución: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

Puesto que desempeña: _____

Jefe inmediato: _____

Fecha de inicio: _____

Experiencia docente con la que cuenta: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS

1. ¿Por qué ha elegido el profesorado o licenciatura al que solicita ingresar? _____

2. En caso de emergencia se le ha de notificar a:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Hospital al que se le puede llevar: _____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA. CUALQUIER ALTERACIÓN EN LOS DATOS SERÁ MOTIVO SUFICIENTE PARA SUSPENDER LA INSCRIPCIÓN.

Lugar y fecha: _____ Firma: _____
Puede colocar su nombre

Para después de la entrevista:

DECLARO QUE CONOZCO LOS FINES DE UNIS Y SUS NORMAS DE CONVIVENCIA. ME COMPROMETO A VIVIRLOS.

Lugar y fecha: _____ Firma: _____