

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha de solicitud: _____

DATOS DE INSCRIPCIÓN

Opción a titulación: Sí No

Nombre del programa a cursar: _____

Fecha de inicio: _____

DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____ RFC: _____

Dirección: _____
(Calle, número, colonia, código postal, ciudad, estado)

Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____

DATOS ACADÉMICOS

Universidad de egreso: _____

Año de titulación: _____ Número de cédula profesional: _____

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Lugar de trabajo actual: _____

Puesto: _____ Años de experiencia en el área: _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia Título de Licenciatura (Carta de pasante) | <input type="checkbox"/> Copia comprobante de domicilio. |
| <input type="checkbox"/> Copia Identificación oficial vigente (INE/Pasaporte) | <input type="checkbox"/> 3 Fotografías recientes (tamaño diploma). |
| <input type="checkbox"/> Copia Cédula profesional. | |

OBLIGACIONES DEL ASPIRANTE

EL ALUMNO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON TODAS LAS DISPOSICIONES QUE EMANAN DEL REGLAMENTO DE CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA EN ODONTOLOGÍA. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDÍCA Y QUE ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS POR CEPECO. ME COMPROMETO A ASISTIR PUNTUALMENTE A LAS SESIONES Y CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS DURANTE EL DIPLOMADO.

Firma del aspirante

AVISO DE PRIVACIDAD

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA EN ODONTOLOGÍA ASEGURA LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD EN LA RECOLECCIÓN DE Y EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES DE (LOS) ALUMNO(S) RECABADOS EN EL PRESENTE FORMATO DICHSOS DATOS PERSONALES SERÁN USADOS PARA LOS TRÁMITES DE INSCRIPCIÓN. SI USTED DESEA EJERCER SUS DERECHOS DE ACCESO Y RECTIFICACIÓN DEBERÁ ENVIAR SU SOLICITUD AL DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR.

SELLO Y FIRMA

Firma Responsable CAE