

FORMATO DE SOLICITUD DE INGRESO AL PEOGAP

Ciudad, Estado
Seleccionar fecha

Asunto: Solicitud de inscripción al PEOGAP

Dra. María Guadalupe Rodríguez Galván
Directora General de Investigación y Posgrado
Universidad Autónoma de Chiapas

Quien suscribe, **C. Nombre completo** por este medio, me permito solicitar registro de inscripción al Programa Emergente para la Obtención de Grado Académico de Posgrado (PEOGAP) y participar en el Seminario de Elaboración de Tesis, a realizarse en el marco de dicho Programa para alcanzar el grado académico correspondiente.

Para registro de mi solicitud, integro la siguiente información personal

Egresado del Programa de posgrado: Nombre del posgrado		
Generación: Período en que cursó sus estudios		
Unidad Académica: Elija Unidad Académica		
Domicilio particular: Dirección		
Ciudad: Ciudad	Estado: Estado	CP: Código Postal
Correo electrónico institucional: Correo institucional	Correo electrónico personal: Correo personal	
Teléfono particular: Teléfono casa	Teléfono móvil: Teléfono celular	

Sin otro asunto en particular, me despido con un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del interesado

C.c.p. Interesado