**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr.(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordinador(a) General de los Posgrados FCM/UNAH

Dr.(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordinador(a) Posgrado de\_\_\_\_\_\_\_

DATOS GENERALES

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Primer nombre |  | Segundo nombre |  | Primer apellido |  | Segundo apellido |
| Fecha de Nacimiento: | Edad:  | Sexo: Elija un elemento. | Estado civil: Elija un elemento. |
| Lugar de Nacimiento: | Nacionalidad: |
| Numero Identidad:  | Pasaporte (extranjeros: |
| Correo electr. personal: | Correo electr. Alterno: |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA |
| Numero de casa: | Calle: | Avenida: |
| Barrio o colonia: | Teléfono Fijo: | Telf. Celular: |
| Ciudad: | Departamento: Elija un elemento. | País: |

Por este medio me dirijo a ustedes para expresar mi interés y razones de ingreso al programa de estudios de posgrado en la especialidad de:

**Exposición de motivos e interés y razones:**

Así mismo me comprometo a dedicarme exclusivamente a los estudios del posgrado a tiempo completo y obtener el grado en el tiempo establecido. Cumplir con las leyes y reglamentos vigentes aceptando de antemano que en caso contrario me someto a lo que dictaminen las autoridades correspondientes sin menoscabo de mis derechos que las mismas leyes y reglamento establecen.

Atentamente

Nombre y firma del aspirante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_