**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_