

## SOLICITUD DE ADMISIÓN

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTA SOLICITUD:

1. Léala cuidadosamente antes de llenarla para asegurarse de la información que debe proporcionar.
2. Escriba con letra de molde o a máquina. Si escribe a mano, use tinta.
3. Cruce los cuadros correspondientes a su respuesta o llene los espacios en blanco, según sea el caso.
4. NO OMITA NINGÚN DATO, A FIN DE QUE SE TOME EN CONSIDERACIÓN SU SOLICITUD.

Fotografía reciente  
del solicitante

Pegar con goma

Adjunte 2 fotografías  
adicionales (blanco y  
negro, mate)

Tamaño credencial

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. Apellido paterno: \_\_\_\_\_

2. Apellido materno: \_\_\_\_\_

3. Nombre (s): \_\_\_\_\_

4. Sexo:      Masculino               Femenino

5. Fecha de nacimiento: (Ejemplo: 8 de enero de 1972 debe anotar 08 01 72)

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Años cumplidos \_\_\_\_\_

6. Nacionalidad:      Mexicana                       Extranjera

Si es extranjero, especifique la nacionalidad: \_\_\_\_\_

### 7. Seleccione el programa que desee cursar:

Maestría       Especialidad       Diplomado

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

8. Estado civil:      Soltero       Casado       Divorciado       Viudo       Unión libre

### 9. Domicilio permanente:

(En dónde puede recibir con seguridad la correspondencia relacionada con el CESSA)

Calle y número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**10. Estado de salud:**

¿Tiene alguna alergia?                    Sí                     No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de tener alguna enfermedad como: asma, epilepsia, diabetes, deficiencia  
cardiaca, etc., favor de mencionarla: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está sometido actualmente a algún tratamiento médico como consecuencia de  
alguna de las enfermedades anteriores?    Sí            No                       

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_

**11. A quién dirigirse en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS ANTERIORES DEL SOLICITANTE**

**12. Preparatoria o equivalente:**

Nombre de la escuela en la que terminó la preparatoria: \_\_\_\_\_

Mencione el año en el que la concluyó: \_\_\_\_\_

**13. Estudios universitarios:**

¿Eres Ex – A – CESSA?                    Sí                     No

Nombre de la universidad en que terminó sus estudios: \_\_\_\_\_

Nombre de la carrera profesional que estudió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mencione el año en el que los concluyó: \_\_\_\_\_

¿Está titulado?                    Sí                     No

**14. Estudios postgrado:**

Nombre de la universidad en que terminó sus estudios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del programa de posgrado que estudió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está titulado?                    Sí                     No

**15. Otros estudios:**

Nombre de la universidad en que terminó sus estudios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del programa que estudió: \_\_\_\_\_

## DATOS COMPLEMENTARIOS DEL SOLICITANTE

**16. Experiencia laboral:** Si ha trabajado o trabaja actualmente, indique cuál ha sido su experiencia profesional, mostrando en primer lugar su último trabajo.

Institución o empresa \_\_\_\_\_

Trabajo desempeñado \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

**17. ¿Cómo se enteró de esta Institución?**

Periódicos  Revistas  Conferencias  Folleto

Amistades  Internet  Correo  Familiares

Personal del CESSA

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

Hago constar que todos los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos.

Estoy de acuerdo también en que el Centro de Estudios Superiores de San Ángel no me expida ningún certificado de los estudios que llegaré a cursar en él, a menos que haya entregado la documentación solicitada por la Universidad.

Hago constar que puedo pagar el costo de mi educación.

Al firmar esta solicitud acepto la Filosofía Institucional, la Misión y el Estatuto Orgánico, así mismo, cumplir con mis obligaciones académicas y administrativas contenidas en los reglamentos y disposiciones que marque el Centro de Estudios Superiores de San Ángel.

Enterado:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud

La información recopilada en este formato será tratada de acuerdo a las consideraciones de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, por lo que solicitamos consulte el Aviso de Privacidad vigente publicado en nuestra página web <http://www.cessa.edu.mx> para asegurarle que la información en este formato contenida se rige bajo estas consideraciones.

**Centro de Estudios Superiores de San Ángel**  
Campus San Ángel: Morelos No. 7, Col. Tizapán San Ángel, México D.F., C.P. 01090 • Tel. +52 (55) 8503 8800  
Campus Estado de México: Calzada San Mateo No. 152 Frente al Club de Golf La Hacienda Atizapán de Zaragoza,  
Estado de México, C.P. 52920 • Tel. +52 (55) 4040 8900  
[extensionuniversitaria@cessa.edu.mx](mailto:extensionuniversitaria@cessa.edu.mx) • [www.cessa.edu.mx](http://www.cessa.edu.mx)