**FORMATO DE REGISTRO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| “Te cuento mi ciencia” | | |
| \*Nombre completo | \*\*Licenciatura o Posgrado | \*Región |
| \*Título de la vídeo-cápsula | \*Breve descripción de la video-cápsula  (50 caracteres máximo) | \*Correo electrónico vigente |
| \*Liga activa de perfil en Facebook |

**\*Campos obligatorios**

**\*\*Incluir comprobante incluir foto de comprobante de inscripción y/o credencial con resello vigente.**

Dudas o aclaraciones comunicarse al: (228) 842-17-00 Ext. 11417 en horario de lunes a viernes de 10:00 a 14:00 horas.