DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR

DIRECCIÓN GENERAL DE LA UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CONFORMIDAD PARA PRESENTAR EXAMEN CON CONOCIMIENTO DEL REQUERIMIENTO DE CUPO MÍNIMO PARA LA APERTURA DEL PROGRAMA DE POSGRADO

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de FOLIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aspirante a ingresar al Programa de Maestría en Ciencias Biológicas de la Facultad de Biología, Región Xalapa, manifiesta tener conocimiento del punto 2 de los resultados expresado en la Convocatoria General de preinscripción a Posgrado: “De no cubrirse el cupo mínimo establecido en alguno de los Programas de Posgrado, éste no abrirá”, por lo que, por este medio hago constar mi conformidad y aceptación ante la apertura o no del programa por mí solicitado; así como también me doy por enterado de la manera en la que se me evaluará para poder ingresar al programa que deseo cursar.

|  |  |
| --- | --- |
| Región: | Xalapa |
| Sede: | Xalapa |
| Fecha: |  |

|  |
| --- |
| Aspirante  Nombre y Firma |

**I. Histórico de revisiones**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Revisión** | **Fecha de modificación** | **Sección o Pág.**  **modificada** | **Descripción de la modificación** |
| 0 | No se aplica | No se aplica | No se aplica |

**II. Firmas de autorización**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Propone** | **Autoriza** | **Fecha de autorización** | |
| **MGC Luz Alejandra Valencia** | **Dra. Albertina Cortés Sol** | **Autorización** | **Entrada en Vigor** |
| XX/XX/2019 | XX/XX/2019 |