



Formulario de solicitud para participar en la Convocatoria para la conformación del Consejo Ciudadano de Radio Universidad XHUANT

Complete los siguientes datos según le sea solicitado:

DATOS GENERALES

Apellidos		Nombre(s)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
CURP	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Sexo	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DOMICILIO

Calle		Número interior	Número exterior
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colonia	Ciudad/Municipio/Estado		Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

CONTACTO

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESCOLARIDAD

Describe los 3 últimos niveles académicos cursados (comience por el más reciente):

Nivel Educativo <input type="radio"/> Medio Superior <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Asociado <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Posgrado	Estado actual <input type="radio"/> Cursando <input type="radio"/> Concluido	Título o nombre de la carrera: <input type="text"/> Institución: <input type="text"/>
Nivel Educativo <input type="radio"/> Medio Superior <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Asociado <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Posgrado	Estado actual <input type="radio"/> Cursando <input type="radio"/> Concluido	Título o nombre de la carrera: <input type="text"/> Institución: <input type="text"/>
Nivel Educativo <input type="radio"/> Medio Superior <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Asociado <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Posgrado	Estado actual <input type="radio"/> Cursando <input type="radio"/> Concluido	Título o nombre de la carrera: <input type="text"/> Institución: <input type="text"/>

EXPERIENCIA LABORAL

Describe los 3 últimos empleos (comience por el actual)

Inicio (mes/año)	Nombre de la Institución:	Cargo o Puesto Desempeñado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conclusión (mes/año)	Campo de Experiencia (Describe):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Inicio (mes/año)	Nombre de la Institución:	Cargo o Puesto Desempeñado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conclusión (mes/año)	Campo de Experiencia (Describe):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Inicio (mes/año)	Nombre de la Institución:	Cargo o Puesto Desempeñado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conclusión (mes/año)	Campo de Experiencia (Describe):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son exactos, autorizando a la Institución a efectuar las verificaciones que juzgue necesarias; así mismo me comprometo a presentar los documentos que me soliciten.

Tepic, Nayarit a ____ de _____ de _____.

FIRMA