

Solicitud de nuevo ingreso a Posgrado

Datos personales del candidato

¿Ha realizado trámite de ingreso y/o estudios anteriores en esta institución?

Sí No

Si contestó la pregunta anterior afirmativamente ¿Cuál era su número de estudiante?

Pegue aquí su
fotografía

No escaneada, ni
copia fotostática

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Nacionalidad

Nombre y firma del coordinador

Género

Femenino Masculino

Estado Civil

Soltero Casado

¿Es empleado UDLAP?

Sí No

En caso de ser dependiente económico de un empleado UDLAP, mencione el parentesco:

Cónyuge Hijo (a) Otro, especificar

Número de empleado UDLAP

(En caso de no estar seguro de este dato, favor de consultarlo en la Dirección General de Recursos Humanos)

Dirección del candidato

Calle y número

Colonia

Código postal

Delegación o Municipio

País

Estado

Ciudad

Teléfono

()

Celular (10 dígitos)

Correo electrónico

@

Facebook

Twitter

Datos de estudios anteriores

Estudios superiores

Nombre oficial y completo de la institución donde realizó sus estudios

País

Estado

Delegación o Municipio

Ciudad

Promedio Final

Nombre del programa

Titulación por Posgrado

Sí No

Nombre del candidato

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

No. de estudiante

D.V.

Estudios a realizar en la UDLAP

Sesión académica y año para el que solicita admisión

Semestral

Primavera
(Enero)

Otoño
(Agosto)

Año

Doctorados

- Biomedicina Molecular
- Ciencia de Alimentos
- Ciencias del Agua
- Creación y Teorías de la Cultura
- Sistemas Inteligentes
- Innovación Educativa

Experiencia Laboral

En caso que aplique, indique los datos de la empresa en que labora actualmente o la última en que laboró.

Nombre de la institución o empresa

Dirección de la institución o empresa

Ciudad

Estado

País

Giro

Cargo desempeñado

Tiempo en el cargo

Teléfono

Extensión

Datos del padre, madre o tutor legal.

Indispensable para el Seguro de Vida Tutor.

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Grado máximo de estudios

Día

Mes

Año

Género

Femenino

Masculino

Estado Civil

Soltero

Casado

Parentesco

Calle y número

Colonia

Código postal

Delegación o Municipio

País

Estado

Ciudad

Teléfono

Celular (10 dígitos)

Correo electrónico

Facebook

Twitter

Se podrá asegurar solamente a una persona siendo el padre, la madre, tutor o quien legalmente ejerza la patria potestad, debiendo demostrar la dependencia económica en este último.

Seguro de gastos médicos mayores

El estudiante deberá contar con un seguro de gastos médicos mayores reconocido por la Asociación Mexicana de Seguros y Fianzas, previo al inicio de cada ciclo escolar. La póliza del seguro deberá permanecer vigente desde el primer día de clases y hasta el último día de exámenes finales incluyendo periodos vacacionales conforme a lo indicado en el calendario escolar. Si el estudiante ya cuenta con un seguro de gastos médicos mayores, deberá ser enviada de manera electrónica a través del portal de la intranet en las fechas señaladas por Servicios Escolares. En caso de no presentarla, la UDLAP hará el cargo por este concepto al precio vigente en el estado de cuenta de manera automática.

Me comprometo a que durante mi estancia en la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) deberé contar con un seguro de gastos médicos mayores vigente, por lo que expresamente reconozco y acepto que será bajo mi exclusiva responsabilidad cualquier situación que llegase a suscitarse en relación a su aplicación, deslindando a la UDLAP y a su personal de cualquier responsabilidad derivada de cualquier clase de daños, accidentes, enfermedades, lesiones, problemas físicos y/o mentales que se pudieran presentar tanto en mi persona como a terceros. Asimismo, deslindo expresamente a la UDLAP y a su personal de cualquier responsabilidad penal, civil, mercantil o de cualquier naturaleza legal, que resulte de la negligencia, dolo o mala fe que llegase a surgir por parte del(a) suscrito(a) durante mi estancia en la UDLAP.

En caso de que se inicie cualquier acción legal en contra de la UDLAP, derivada de la aplicación de mi seguro de gastos médicos mayores, me comprometo a sacar en paz y a salvo a la UDLAP, haciéndome responsable de llevar a cabo todos los procedimientos o negociaciones correspondientes, asumiendo la defensa y en su caso, llevando a cabo los procedimientos requeridos para resolver o defender dicha acción.

Firma del candidato
Mayor de edad



Autorización de tratamiento y transferencia de datos personales del Estudiante.

San Andrés Cholula, Puebla, a ___ de _____ de _____.

**Fundación Universidad de las Américas, Puebla
Ex Hacienda Santa Catarina Mártir, s/n
San Andrés Cholula, Puebla
C.P. 72810
Presente.**

El (la) que suscribe _____, con fundamento en los artículos 8 y 9 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante la Ley), así como los artículos 11 y 15 de su Reglamento, mediante la firma del presente escrito, autorizo expresamente a la Fundación Universidad de las Américas, Puebla (UDLAP) para que, a través de sus instancias académicas y administrativas, lleve a cabo el tratamiento de los datos de carácter personal que de forma voluntaria proporcione en la Solicitud de Nuevo Ingreso a Posgrado (en adelante la Solicitud).

La presente autorización incluye el tratamiento de aquellos datos calificados como sensibles en términos del artículo 3 Fracción VI de la Ley, facultando a la UDLAP a utilizar mis datos personales, así como aquellos datos que resulten de la solicitud vinculados a mi persona, exclusivamente para los fines a que se refiere el Aviso de Privacidad de la UDLAP, mismo que se encuentra publicado en el sitio de Internet: <http://www.udlap.mx/privacidad/>, manifestando que he tenido a la vista y que conozco su contenido por lo que expresamente acepto las condiciones que en él se establecen.

Asimismo, autorizo a la UDLAP para que transfiera mis datos personales (incluyendo los sensibles) de conformidad a lo previsto en el Aviso de Privacidad antes señalado, lo cual puede incluir la transferencia de datos personales entre instancias académicas y administrativas de la UDLAP, a autoridades y a terceros, así como para actividades de promoción y difusión del Sorteo UDLAP, eventos académicos, culturales y deportivos institucionales así como para eventos de incorporación estudiantil. La UDLAP se obliga al tratamiento de datos personales, incluyendo los sensibles, conforme lo establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento, la Política de Privacidad de Datos y el Aviso de Privacidad de la UDLAP.

Mediante la presente, autorizo a la UDLAP para que transfiera de manera verbal o escrita cualquier tipo de información o dato referente a mi persona (incluyendo datos sensibles) derivados de mis estudios y estancia en la UDLAP, a las personas que a continuación señalo:

Nombre Completo Parentesco

Nombre Completo Parentesco

Nombre Completo Parentesco

*Las personas que cite deberán ser mayores de edad y en caso de no llenar espacios, favor de tacharlos.

En el supuesto de ser residente de Colegios Universitarios de la UDLAP, reconozco y acepto que la UDLAP está autorizada a dar información, incluyendo datos personales sensibles, a mis padres, tutores o personas designadas anteriormente, de conformidad a lo previsto en la Ley y su Reglamento.

Continúa en la siguiente página.



Adicionalmente, reconozco y acepto que durante mi estancia en la UDLAP:

- (i) La UDLAP podrá recabar diversos datos personales del(a) suscrito(a) para su tratamiento y transferencia en los casos previstos en el Aviso de Privacidad, incluyendo para cumplir con el Contrato de Servicios Educativos suscrito entre la UDLAP y el (la) suscrito(a);
- (ii) En caso de presentarse una emergencia o que exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar al (a) suscrito(a) o un tercero en su persona o en sus bienes, así como en caso de que sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el (la) suscrito(a) no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables, la UDLAP podrá llevar a cabo el tratamiento de los datos personales del suscrito, informando a quien considere pertinente de acuerdo a las circunstancias;
- (iii) Durante mis actividades dentro y fuera de la UDLAP, consiento expresamente a que toda reproducción gráfica, estática y/o dinámica referente a mi persona podrá ser utilizada para dar difusión de las actividades recreativas/culturales de la UDLAP a través de los medios que ésta considere convenientes, reconociendo que las mismas serán tratadas conforme a lo establecido en la Ley Federal del Derecho de Autor, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la Política de Protección de Datos Personales, su Reglamento y el Aviso de Privacidad de la UDLAP. En caso de oponerme a lo anterior, manifestaré lo conducente a través de los medios que señala el propio aviso de privacidad de la UDLAP.

Reconozco, bajo protesta de decir verdad, que para efectos de los datos personales de terceros incluidos en la solicitud, tengo el consentimiento del titular para transferir los mismos, deslindando a la UDLAP de cualquier reclamación por parte de terceros respecto de dichos datos.

Conforme a lo anterior, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos que proporcione a la UDLAP con motivo de la solicitud son fidedignos y adecuados para los fines correspondientes, manifestando que la firma de la presente es bajo mi voluntad y con el conocimiento de sus alcances, por lo que no media error, dolo, mala fe, ni cualquier otro vicio del consentimiento con el que se suscribe.

Atentamente

Nombre y firma del solicitante