

USO EXCLUSIVO CEDIM NO LLENAR

Five empty rectangular boxes for identification or tracking numbers.

DÍA / MES / AÑO

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO (TAL COMO APARECE EN SU ACTA DE NACIMIENTO)

NOMBRE(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

SEXO

Form with 'F' and 'M' options for gender selection.

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA / MES / AÑO

ESTADO CIVIL

NACIONALIDAD

C.U.R.P.

CORREOS ELECTRÓNICOS

LUGAR DE NACIMIENTO

CIUDAD

ESTADO

PAÍS

DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

CALLE

NÚMERO

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

MUNICIPIO/CIUDAD

ESTADO

PAÍS

TELÉFONO PARTICULAR

TELÉFONO CELULAR

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

INDICAR CARRERA

CIUDAD Y PAÍS

FECHA DE TÉRMINO

EGRESADOS CEDIM ÚNICAMENTE

INDICAR CARRERA

GENERACIÓN

Form with 'SI' and 'NO' options for 'TITULADO'.

Form with 'SI' and 'NO' options for 'DESEO TITULARME CON LOS CURSOS DEL MBI'.

ESTUDIOS PARCIALES O TOTALES DE POSGRADO (SI NO APLICA EN SU CASO, PASE AL SGUIENTE APARTADO)

Form with 'PARCIAL' and 'TERMINADA' options for 'MAESTRIA'.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL PROGRAMA

CIUDAD Y PAÍS

FECHA DE TÉRMINO

Form with 'PARCIAL' and 'TERMINADA' options for 'MAESTRIA'.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL PROGRAMA

CIUDAD Y PAÍS

FECHA DE TÉRMINO

**DATOS LABORALES (SI NO APLICA EN TU CASO, PASE AL SIGUIENTE APARTADO)**

EMPRESA DONDE LABORA

DIRECCIÓN

TELÉFONO

EXTENSIÓN

CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA

**DATOS MÉDICOS**

TIPO DE SANGRE

SI NO  
¿TIENES ALGÚN PADECIMIENTO CRÓNICO?

ESPECIFIQUE

SI NO

¿TIENES ALGÚNA DISCAPACIDAD FÍSICA?

ESPECIFIQUE

SERVICIOS MÉDICOS (IMSS, ISSTE, ETC.)

INSTITUCIÓN

NO ALTA

VIGENCIA

TELÉFONO DE EMERGENCIA

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

COMPAÑÍA

NO ALTA

VIGENCIA

TELÉFONO DE EMERGENCIA

**DATOS FAMILIARES**

CONTACTO PARA EMERGENCIA

NOMBRE(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

CORREOS ELECTRÓNICOS

TELÉFONO CELULAR

**¿QUIÉN PAGARÁ TUS ESTUDIOS EN CEDIM?**

EL SOLICITANTE

BECA EMPRESA

OTRO (ESPECIFICA) \_\_\_\_\_

HAGO CONSTAR QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON VERDADEROS Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE EL CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE DISEÑO DE MONTERREY, S.C., INVESTIGUE O SOLICITE INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE LOS MISMOS.

EN CASO DE SER ADMITIDO EN EL CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE DISEÑO DE MONTERREY, S.C., ACEPTO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A) LEER Y COMPRENDER, AL MOMENTO DE INICIAR MIS ESTUDIOS, CADA UNO DE LOS ARTÍCULOS QUE INTEGRAN EL REGLAMENTO PARA ALUMNOS VIGUENTE EN LA INSTITUCIÓN Y ME SUJETO A LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN DICHO REGLAMENTO.

B) UNA VEZ QUE HAYA HECHO ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES AL MOMENTO DE SER ADMITIDO, NO ME PODRÁN SER PRESTADOS BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA (SE RECOMIENDA SACAR COPIAS NOTARIADAS Y/O DUPLICADOS DE LOS MISMOS)

FIRMA DEL SOLICITANTE