



BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL
ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



PROGRAMA: _____

FICHA DE REGISTRO DE ASPIRANTE

BECENE-POS-CA-PO-03-01
Revisión 01

CLAVE DE ASPIRANTE

DATOS PERSONALES

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____
Domicilio Particular: _____
e-mail: _____ e-mail secundario: _____
Tel: _____ Cel: _____
Antecedente escolar: _____ Institución de procedencia: _____
Otros estudios afines a la educación: _____

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA (para fines estadísticos institucionales)

La información proporcionada en este apartado tiene fines exclusivamente estadísticos para fortalecer las políticas institucionales de inclusión, equidad e interculturalidad.

Identidad de género: Mujer Hombre No binario Prefiero no especificar Otro: _____

¿Se reconoce como integrante de algún pueblo o comunidad indígena o afrodescendiente? Sí No Prefiero no responder

En caso afirmativo, especifique:

Lengua(s) que habla además del español:

¿Presenta alguna condición de discapacidad o requiere apoyo específico? Motriz Visual Auditiva Psicosocial Intelectual Ninguna Prefiero no responder

Apoyos requeridos (en caso necesario):

¿Es la primera persona de su familia en cursar estudios de educación superior? Sí No No lo sé

RESPONSABILIDAD SOCIAL, EQUIDAD, INCLUSIÓN E INTERCULTURALIDAD (para fines estadísticos institucionales)

Experiencia profesional vinculada con los siguientes ámbitos:

Participación en acciones de promoción del bienestar y salud: Sí No

Participación en proyectos de sostenibilidad o educación ambiental: Sí No

Experiencia en educación inclusiva o atención a la diversidad: Sí No

Experiencia en programas o acciones de igualdad de género: Sí No

Trabajo educativo en contextos interculturales o con comunidades indígenas: Sí No

Descripción breve de su experiencia o interés en estos temas:

DATOS LABORALES

Nombre del centro de trabajo escolar: _____

Organización: Completa Multigrado Otra | Turno: Mat. Vesp. | Sistema: Transferido Estatal Particular

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Función: Docente Directivo Apoyo Supervisión

Grado que atiende: _____ Antigüedad en el servicio docente: _____

Firma del interesado (a)

USO EXCLUSIVO DE CONTROL ESCOLAR

Documentación solicitada:

Firma de quien recibe:

Completa:

Incompleta:

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., ___ DE ____ DE 20__

(NOMBRE)

RESPONSABLE DE CONTROL ESCOLAR, POSGRADO

Consulte *Aviso de Privacidad* que se encuentra alojado en el sitio de SGC correspondiente a la DEP www.beceneslp.edu.mx

Documento No Controlado solo para Información