



FORMATO DE REGISTRO

**USUARIO ADSCRITOS A LA UIICE**

DATOS GENERALES: NOMBRE: _____ NIVEL ACADÉMICO: Licenciatura ( )                  Maestría ( )                  Doctorado ( )		
DEPENDENCIA DE PROCEDENCIA: _____  Carrera: _____  Promedio: _____  DOMICILIO: _____  Teléfono: particular _____ celular _____		
Laboratorio de adscripción: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias I ( )      Enfermedades Infecciosas y Parasitarias II ( ) Enfermedades Crónico degenerativas ( )		
ACTIVIDAD ACADEMICA A DESARROLLAR		
Tesis Licenciatura ( )	Tesis de Maestría ( )	Tesis de doctorado ( )
Prácticas profesionales ( )	Servicio Social ( )	Estancias académicas ( )
PERIODO DE PERMANENCIA: Inicio: _____ (dd/mm/año)                  Término _____ (dia/mes/año)		
PROYECTO DE ADSCRIPCION		
INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO		

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma)  
Usuario

\_\_\_\_\_  
Vo.Bo  
(Nombre y firma)  
Investigador Responsable del  
Usuario

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma)  
Vo.Bo Responsable del  
Laboratorio