

| | Escuela de Dietética y Nutrición | Hoja 1 de 2 |
|--|---|-------------------------------|
| | Dirección | |
| | Subdirección de Niveles Académicos | Versión: 05 |
| | Solicitud al Examen de Admisión Posgrado | Fecha de revisión: 09/09/2025 |
| | 1 oogrado | 00/00/2020 |



Solicitud al Examen de Admisión Posgrado Maestría en Nutrición Clínica Periodo Escolar

| Pegar Foto |
|------------|
| reciente |
| blanco y |
| negro |
| tamaño |
| infantil |
| |

| No. de Matricula: | |
|-------------------|--|
| Folio Ceneval: | |

| Nombre de el/la | a Aspirante: | | | |
|-----------------|-------------------|---------------|------------------|-----------|
| | Apellido Paterno | | Apellido Materno | Nombre(s) |
| Tel. Casa: | Celular: | E-mail: _ | | |
| Años cumplidos | s al 30 de Septie | embre: | | |
| | | Examen Inglés | EXANI-III | |
| Fecha | : | 26 de mayo | 5 de junio | |
| Horari | io: | 11:00 am | 9:00 am | |

Nota: Presentarse media hora antes del inicio de los Exámenes.

Para uso exclusivo de la Unidad de Control Escolar

| No | Requisitos | Entregó |
|-----|--|---------|
| 1. | Solicitud de Inscripción Examen de Admisión. (original con fotografía pegada tamaño infantil | |
| | papel mate en blanco y negro autoadherible y copia) * | |
| 2. | Cuestionario EDN Aspirante. (original en papel y en línea) * | |
| 3. | Aviso de Privacidad Integral* | |
| 4. | CURP. (Bajar de Internet) | |
| 5. | Acta de nacimiento original reciente | |
| 6. | En caso de ser extranjero, contar con documento que acredite su estancia legal en el país | |
| | debidamente autentificado por la Secretaría de Relaciones Exteriores; | |
| 7. | Contar con original del Título de Licenciatura en Nutrición o con original del Título de | |
| | Licenciatura en Medicina, Enfermería. | |
| 8. | Contar con carta de experiencia profesional de dos años mínimo en el área de nutrición | |
| | (aplica para medicina o enfermería). | |
| 9. | Carta de exposición de motivos para cursar el posgrado; 10. Entrevista de selección. | |
| 10. | Promedio mínimo de 8 (ocho) o el equivalente; | |
| 11. | Contar con el original del Certificado Total de Estudios de Licenciatura; | |
| 12. | Contar con Cédula Profesional | |
| 13. | Cubrir la cuota de recuperación del Examen de Admisión | |
| 14. | Presentar y aprobar el Examen de Admisión. | |



| | Escuela de Dietética y Nutrición | Hoja 2 de 2 |
|--|------------------------------------|--------------------|
| | Dirección | Código: |
| | Direction | FRM-SNA-UCE-29 |
| | Subdirección de Niveles Académicos | Versión: 05 |
| | Solicitud al Examen de Admisión | Fecha de revisión: |
| | Posgrado | 09/09/2025 |
| | | |



| *Bajar de la página Web: http://edn.issste.gob.mx | |
|--|-----|
| **Los Horarios para el Desarrollo del Proyecto serán con base a los tiempo establecidos con el ase | sor |

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que toda la información vertida en el presente es verídica; y asumo con pleno conocimiento las políticas de admisión, la falta de algún requisito o documento solicitado por la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE, la inscripción será improcedente.

| Ciudad de Mexico, a | _ de | de | |
|----------------------------------|------|----------------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Nombre y Firma de el/la Aspira | nto | Nombre y Firr | |
| Nombre y i irina de ei/ia Aspira | IIIC | | |
| | | Jefe(a) de la Unidad de Co | ntroi Escolar |