

EXAMEN PSICOMÉTRICO Y DE  
UBICACIÓN PARA LA LICENCIATURA  
EN CIRUJANO DENTISTA

Fecha: 

día / mes / año

|                                                    |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      |                     |            |  |  |  |  |                |  |
|----------------------------------------------------|--|-------|--|----------------------|--|------------------|--|--|--|----------------------|---------------------|------------|--|--|--|--|----------------|--|
| DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE:                    |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      |                     |            |  |  |  |  |                |  |
| Apellido Paterno                                   |  |       |  |                      |  | Apellido Materno |  |  |  |                      |                     | Nombre (s) |  |  |  |  |                |  |
| Sexo:                                              |  | Edad: |  | Fecha de Nacimiento: |  |                  |  |  |  | Lugar de Nacimiento: |                     |            |  |  |  |  |                |  |
|                                                    |  |       |  | día / mes / año      |  |                  |  |  |  | Municipio / Estado   |                     |            |  |  |  |  |                |  |
| CURP:                                              |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      |                     |            |  |  |  |  |                |  |
| Domicilio: (Calle, Número, Colonia, Código Postal) |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      |                     |            |  |  |  |  |                |  |
|                                                    |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      |                     |            |  |  |  |  |                |  |
| Delegación/Municipio:                              |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      | Entidad Federativa: |            |  |  |  |  |                |  |
| Estado Civil:                                      |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      | Correo Electrónico: |            |  |  |  |  |                |  |
| Teléfono celular con Whatsapp:                     |  |       |  |                      |  |                  |  |  |  |                      |                     |            |  |  |  |  | Teléfono Casa: |  |

☐

Presento examen a la UASLP (adjuntar copia de e su ficha)

Pago. \$

☐

No presento examen a la UASLP

Nota: El pago realizado por el aspirante podrá ser devuelto en cualquier momento y hasta antes del día del examen si así lo solicitara el aspirante y decidiera no formar parte de esta generación para la Licenciatura en Cirujano Dentista.

Nombre y Firma del Aspirante