



## Requisitos de Ingreso IMO

### 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Nombre \_\_\_\_\_  
(Exactamente igual como aparece en el acta de nacimiento)

Apellido paterno \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_  
(masculino/femenino)

Estado civil \_\_\_\_\_  
(Soltero, casado, divorciado, viudo, separado, unión libre)

Lugar de nacimiento:

Ciudad o población \_\_\_\_\_

Municipio o delegación \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_  
(En caso de ser extranjero especifique claramente)

### 2. DIRECCIÓN DE ORIGEN:

Calle y número e interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Ciudad o población \_\_\_\_\_

Municipio o delegación \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Teléfono Clave \_\_\_ LADA \_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Celular/WhatsApp \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**3. DIRECCIÓN LOCAL DEL SOLICITANTE (en donde residirá como estudiante del Instituto Mexicano de Ortodoncia. Si aún no la conoce, deje vacío los datos pero queda con el compromiso de proporcionarlos durante los 30 días siguientes al inicio del curso):**

Calle y número e interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Ciudad o población \_\_\_\_\_

Municipio o delegación \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Teléfono Clave\_\_ LADA\_\_\_\_\_ Número\_\_\_\_\_ Celular/WhatsApp \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**4. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EN DONDE CURSÓ SU CARRERA PROFESIONAL:**

Nombre \_\_\_\_\_

Calle y número e interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Ciudad o población \_\_\_\_\_

Municipio o delegación \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Posgrado que cursó \_\_\_\_\_

Fecha en que inició su Posgrado      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
   día     mes     año

Fecha en que termino su Posgrado      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
   día     mes     año

Fecha en que recibió su Grado de maestría      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
   día     mes     año

Promedio obtenido \_\_\_\_\_  
(Escala 100)

Tipo de Institución \_\_\_\_\_ (Privada o pública)

## CONSIDERACIONES FINALES

Hago constar, bajo protesta de decir verdad, que todos los datos anotados en esta solicitud son ciertos.

También quiero dejar testimonio de que estoy de acuerdo en liberar de toda responsabilidad al Instituto Mexicano de Ortodoncia de no permitir inscribirme en el grado escolar inmediato superior, ni exigirle me expida ningún certificado de estudios que llegue a cursar en él, si yo no cumplo con la obligación de entregar todos los documentos estipulados en los requisitos de ingreso.

---

**Firma del Solicitante**

---

**Fecha de la solicitud**