

ARCHIVO HISTÓRICO MUNICIPAL DE ZACATECAS
REGISTRO INDIVIDUAL DE INVESTIGADOR
– INFORMACIÓN CONFIDENCIAL –

NOMBRE:		N° DE REGISTRO:
SI ES MEXICANO:	DOMICILIO PARTICULAR:	
EDAD:		
COLONIA/CIUDAD:		C.P.
MUNICIPIO /ESTADO		
TELÉFONO:		
GRADO ACADÉMICO:		
SI ES EXTRANJERO:	NACIONALIDAD:	EDAD:
N° DE PASAPORTE O CARNET:		
TEMA DE INVESTIGACIÓN:		
INVESTIGADOR: TITULAR () AUXILIAR () OTRO ()	INSTITUCIÓN (O PERSONA) PARA LA QUE INVESTIGA (EN SU CASO):	
DOMICILIO:	CIUDAD/ MUNICIPIO /ESTADO/PAÍS C.P.	
TELÉFONO:		
LA INVESTIGACIÓN ES PARA:	PUBLICARSE () PERSONAL () TESIS BACHILLERATO () LICENCIATURA () MAESTRÍA () DOCTORADO () OTRO. ()	
LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN DEL REGISTRO:		
ZACATECAS, ZAC, A DE DE .		

Por medio del presente, el Investigador que firma este documento se compromete a citar los grupos documentales del Archivo Histórico Municipal de Zacatecas, utilizados en la investigación, así como enviar una copia de la misma a esta Institución, para difundir y enriquecer este Archivo.

El titular de este registro está autorizado para introducir el siguiente equipo a la sala de consulta:	
Firma del Investigador	Nombre y Firma del entrevistador