



Subdirección de Estudios de Posgrado

Solicitud de Inscripción

DATOS DEL ALUMNO

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA:

HOSPITAL DONDE SE ENCUENTRA REALIZANDO Y/O REALIZÓ LA ESPECIALIDAD PREVIA REQUERIDA:

CURSO DE ALTA ESPECIALIDAD AL QUE DESEA APLICAR:

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO PATERNO-APELLIDO MATERNO-NOMBRE (S))

DOMICILIO (CALLE-NÚMERO-COLONIA Y CIUDAD)

ESTADO

C. P.

TELÉFONO

CELULAR

NACIONALIDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

E-MAIL

F M

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA-MES-AÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

R.F.C.

CURP

POR QUE MEDIO SE ENTERO USTED DE LA CONVOCATORIA:

¿HA APLICADO PARA ESTE HOSPITAL ANTERIORMENTE?: _____

¿EN QUE AÑO (S)?: _____

FIRMA

MONTERREY, N. L., A _____ DE _____ DE _____