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:

_____

SUBESPECIALIDAD A LA QUE DESEA APLICAR:

_____

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

_____

DOMICILIO (CALLE-NÚMERO-COLONIA Y CIUDAD)

_____

ESTADO _____ **C. P.** _____ **TELÉFONO** _____ **CELULAR** _____

NACIONALIDAD _____ **SEXO** **F**☐ **M**☐ **ESTADO CIVIL** _____ **E-MAIL** _____

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)?:_____

_____

F I R M A

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