

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ, CAMPUS II CALLE CENTRAL Y 10A. SUR S/N COL. CENTRO. TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, MÉXICO. C.P. 29000.



Tel: 01 (961) 612 22 92

PROGRAMAS DE CALIDAD MÉDICO CIRUJANO Y GERONTOLOGÍA

	SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN	
DATOS DEL ESTUDIANTE		
	 ГЕ:	
'OSGRADO A ESTUDIAR:		
	DATOS PER	RSONALES
LUGAR DE NACIMIENTO:_		MPIO:
ESTADO:	_ PAÍS:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO ACTUAL:		COLONIA:
		F()M() TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO: _		
		SEMPEÑA:
INSTITUCIÓN DONDE TRAI	3AJA:	TELÉFONO:
	DATOS DE	LA ESCUELA DE PROCEDENCIA
		(FEDERAL) (DARTICHI AR)
NOMBRE		(FEDERAL) (PARTICULAR)
LICENCIATURA EN:		(FEDERAL) (PARTICULAR) LUGAR: TITULADO () PASANTE ()
LICENCIATURA EN: FECHA DE EGRESO:		LUGAR:
LICENCIATURA EN: FECHA DE EGRESO: OTROS ESTUDIOS:		LUGAR: TITULADO () PASANTE ()
LICENCIATURA EN: FECHA DE EGRESO: OTROS ESTUDIOS:		LUGAR: TITULADO () PASANTE () LUGAR:

LUGAR: ____ A ___ DE ___ DE ___