

SOLICITUD DE INGRESO

FOTO

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Género _____ Edad _____ Estado Civil _____

CURP _____ R.F.C. Homoclave _____

Domicilio Permanente: Calle: _____

Col. _____ Delegación: _____

C.P. _____ Ciudad ó Estado _____

Teléfono (casa): _____ n° celular _____

Nacionalidad: _____ Número de Cédula Profesional: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

E-mail(s): _____

Curso a realizar: _____

Marque con una **X** () Especialidad Subespecialidad () Posgrados ()

Duración: _____ Fecha de inicio: _____

2.- DATOS DE LA LICENCIATURA

Escuela de Procedencia: _____

Ciudad y País _____ Duración _____

Promedio de Estudios (indicar escala) _____

Fecha y lugar obtenido en el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM)

_____ Lugar obtenido: _____/ _____

3.- DATOS DE LA ESPECIALIDAD PREVIA

Especialidad realizada: _____

Años: _____

Institución de procedencia: _____

Ciudad y País _____

Promedio de Estudios (indicar escala) _____

4.- IDIOMAS Indicar porcentaje de dominio

IDIOMA	HABLA	TRADUCE	ESCRIBE

5.- DATOS ADICIONALES

Talla de Bata (MARCAR con **X** la talla): MUJER ()

HOMBRE ()

24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Número de Zapatos: (Marcar con una X su talla **MEX, NO ES # USA Ó EUR**)

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

22.5	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.5	29.5	30.5	31.5
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

❖ *(Si no sabe su número, favor de verificar en la tabla de equivalencias)*

Fecha de Entrega _____ Firma _____