

DATOS ACADÉMICOS

Estudios Universitarios	Título Obtenido	Institución	Año de Egreso

DATOS COMPLEMENTARIOS

En caso de emergencia se ha de notificar a:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Hospital al que se le puede llevar: _____

Dirección: _____

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA, COMPLETA, CORRECTA Y QUE CUALQUIER ALTERACIÓN EN LOS DATOS SERÁ MOTIVO SUFICIENTE PARA SUSPENDER LA INSCRIPCIÓN.

Lugar y fecha: _____ Firma: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA FACULTAD

Nombre de la persona que realizó la entrevista

Fecha: _____ Firma: _____

ADMITIDO:

SI

NO