UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Datos Personales Fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

Nombre: _____
Nombre(s) *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

CURP o RFC: _____ Sexo: M ☐ F ☑

Domicilio: _____
Calle *No. Ext. No. Int.* *Colonia*

_____
Delegación o Municipio *Entidad Federativa* *C.P.*

Contacto: _____
Teléfono Local (incluir Lada) *Teléfono Móvil* *Correo Electrónico*

Escolaridad Solamente Educación Básica ☐

Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / No. Cédula Profesional

Técnico en: _____

Licenciatura en: _____

Especialidad en: _____

Maestría y/o Doctorado en: _____

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: Pregrado _____ Posgrado _____

Actividad laboral

Institución(es) donde labora *Cargo(s) o Función(es)*

_____

_____

Actividad de Educación Continua a inscribirse:

Nombre completo de la actividad: _____

Institución organizadora y sede: _____

Modalidad: Presencial ☐ Mixto ☐ A distancia ☐ Costo (M.N.): $ _____

Fecha de inicio (dd/mm/aa): _____ Fecha de término (dd/mm/aa): _____

_____ _____
Firma de aceptación del Responsable Académico ***Firma del solicitante***

NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado