



Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto Nacional de Cancerología  
Sociedad Médica del INCAN



Curso Teórico Práctico de Microcirugía INCAN  
Formato de Inscripción

Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Datos Personales**

Nombre: \_\_\_\_\_

*Nombre(s)*

*Apellido Paterno*

*Apellido Materno*

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

*Calle*

*No. Ext. No Int.*

*Colonia*

*Delegación o Municipio*

*Entidad Federativa*

*C.P.*

*País*

Contacto: \_\_\_\_\_

*Teléfono Local*

*Teléfono Móvil*

*Correo Electrónico*

**Escolaridad**

Grado Académico: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Año de egreso: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

**Actividad Laboral**

Hospital donde labora: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Datos del curso**

Fecha de inicio del curso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de pago INCAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de pago UNAM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

Av. San Fernando No. 22 Col. Sección XVI, Barrio del Niño Jesús,  
Tlalpan, CDMX, C.P. 14080 Tel. (55) 5628-0400 Ext. 13065

Email: [info@microcirugiaincan.com](mailto:info@microcirugiaincan.com)

[www.microcirugiaincan.com](http://www.microcirugiaincan.com)