



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS

SOLICITUD DE INGRESO

MAESTRÍA O ESPECIALIDAD

Fotografía

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Semestre en que desea ingresar: I II Año: _____

Cuatrimestre en que desea ingresar: I II III Año: _____

Reingreso Si No Egresado Si No

Carrera

Maestría: Anatomía Humana Med. del Trabajo Gerencia de la Salud
Especialidad: Dermatología Otra _____

Información Personal

Nombre: _____ 1^{er} Apellido _____ 2^{do} Apellido _____

Identificación / Cédula / Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Día / Mes / Año

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Unión Libre

Tiene hijos: Si No Cuántos? _____

Tel. Casa: _____ Celular: _____ Tel. Oficina _____ ext. _____

Lugar de trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Apartado Postal: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección Exacta: _____

Por cuál medio de información se enteró de UCIMED? (Puede marcar más de uno)

Amigo/Familiar Televisión Página web Cine Visita de un asesor a su lugar de trabajo
 Internet Prensa Valla publicitaria Mensaje de texto
 Correos masivos Redes Sociales Radio Muppies Otro: _____

Información de Estudios Superiores

Título: _____ Universidad: _____

Título: _____ Universidad: _____

Título: _____ Universidad: _____

Título: _____ Universidad: _____

Información Experiencia Laboral

Puesto: _____ Empresa: _____ Tiempo: _____

Puesto: _____ Empresa: _____ Tiempo: _____

Puesto: _____ Empresa: _____ Tiempo: _____

Puesto: _____ Empresa: _____ Tiempo: _____

Notas Importantes

UCIMED se reserva el derecho de aceptar o rechazar a las personas que solicitan admisión.

* Autorizo a que la universidad me notifique la información oficial a mi correo electrónico y acepto que es mi responsabilidad revisarlo con frecuencia.

* Acepto que es mi responsabilidad actualizar o reportar ante el departamento de registro cualquier cambio en la información personal y medios de localización.

La Escuela Autónoma de Ciencias Médicas UCIMED, se compromete al uso adecuado y responsable del tratamiento de los datos personales suministrados, siendo exclusivamente para efectos de brindar información académica y oferta de servicios.

¿Está usted dispuesto a cumplir estas disposiciones?

Sí No

Declaro bajo juramento que la información suministrada a UCIMED es veraz y fidedigna.

Nombre del Estudiante

Recibido por

* Este formulario debe ser completado por la persona interesada.