



UCIMED

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
Andrés Vesalio Guzmán
BOLETA DE SOLICITUD DE SERVICIOS**

Datos personales

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Cédula / Pasaporte: _____ Telf celular: _____
Semestre actual: _____ Telf domicilio: _____
Correo electrónico: _____

Carrera: Medicina Farmacia Nutrición Fisioterapia Microbiología
Posgrados: Anatomía ACSS Med. Trabajo Especialidad Dermatología

En condición de estudiante:

1 Semestre Regular Egresado Retirado Graduado

Documento a solicitar:

Constancia Certificación Certificación notarial Autenticación de programas
 Certificación (materias aprobadas) Autenticación de título Programas para Convalidar

País destino: _____

Otras indicaciones: _____

(* Las certificaciones NO son dirigidas a ningún ente, institución o persona)

Dirigida a:

A quién interese CONAPE CCSS
 Colegio de Médicos ó Farmacéuticos Ministerio de Salud Juzgado o Alcaldía
 Dirección de Migración y Extranjería C.E.N.D.E.I.S.S.S

Otra institución: _____

Anote el nombre del internado rotatorio y hospital en que cursó el:

Bloque 1: _____ Bloque 4: _____
Bloque 2: _____ Bloque 5: _____
Bloque 3: _____

OBSERVACIONES: _____

NOTAS:

* Todo cambio posterior a la petición original del solicitante, debe ser cancelado para la confección de un nuevo documento. Por favor, verifique los datos solicitados.

* Cualquier información adicional que requiera ser incluida dentro del documento solicitado, debe ser indicado en el espacio destinado a observaciones.

* En caso que el interesado no pueda presentarse personalmente a retirar el documento solicitado, debe de enviar por escrito una autorización indicando nombre de la persona que retira el documento y nombre del documento solicitado y adjuntar fotocopia del documento de identidad de ambos.

Fecha de solicitud Firma del interesado Nombre del Funcionario de UCIMED

Fecha de entrega Firma de recibido