



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DECANATURA DE POSGRADOS

UCIMED

Tipo de identificación Cédula Nacional Cédula Residente

Número de identificación: _____

Soy Especialista Si No Especialidad: _____

DATOS GENERALES

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Día/Mes/Año)

Sexo: M F Nacionalidad: _____

CONTACTO

Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

INFORMACIÓN UNIVERSITARIA

Universidad en la que obtuvo el grado: _____ Año de egreso: _____

Carrera: _____

Obtuvo plaza en concurso para realizar servicio social: Si No

Estoy en periodo de cumplimiento de contrato de Fondo de Retribución Social:

Si No

Trabaja actualmente: Si No Lugar: _____

Tiene vacaciones pendientes Si No Cantidad de días: _____

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA DEL SOLICITANTE