



Datos Personales

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

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

CURP o RFC: _____ Nacionalidad: _____ 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



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



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado

SGEC-18.05