



SOLICITUD DE INGRESO A DIPLOMADOS 2026-2027

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Género: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

CURP: _____ R.F.C. con homoclave: _____

Nacionalidad: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio Permanente

Calle: _____

Col. _____ Delegación: _____

C.P. _____ Ciudad: _____

Teléfono (casa): _____ N° celular: _____

E-mail(s): _____

Diplomado a realizar: _____

Duración: _____ Fecha de inicio y término: _____

2.- DATOS DE LA LICENCIATURA

Escuela de Procedencia: _____

Promedio de Estudios: (indicar escala) _____

Duración: (años) _____ Ciudad y País: _____

Cédula Profesional: (Número) _____

Fecha del Examen Nacional de Residencias Médicas: (ENARM) _____

Lugar obtenido: _____





3.- DATOS DE LA ESPECIALIDAD PREVIA

Especialidad realizada: _____

Fecha: _____ Duración: _____

Institución de Salud de procedencia: _____

Universidad que avala la especialidad: _____

Ciudad y País: _____

Promedio de Estudios: (indicar escala de 0 – 10) _____

4.- IDIOMAS Indicar porcentaje de dominio

IDIOMA (S)	HABLA	TRADUCE	ESCRIBE

5.- DATOS ADICIONALES

Talla de Bata (MARCAR con X la talla):

MUJER ()

HOMBRE ()

24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Firma _____

