



SOLICITUD DE INGRESO A INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO

Llenar este formato con letra de molde y legible a tinta azul o a computadora, firma autógrafa a tinta azul (OBLIGATORIO)

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): _____

2.- DATOS DE LA LICENCIATURA

Escuela de Procedencia: _____

Promedio de Estudios: (indicar escala) _____

Duración: (años) _____ Ciudad y País: _____

Matricula Escolar: _____

3.- POSTULACIÓN

Postulante de: _____

Duración: _____ Fecha de inicio y término: _____





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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

- Si no sabe su talla, favor de verificar en la tabla de equivalencias)

Número de Zapatos: (Marcar con una X su #MEX)

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

22.5	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.5	29.5	30.5	31.5
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

- Si no sabe su talla, favor de verificar en la tabla de equivalencias)

Fecha de entrega documental.

Firma

Nota: Deberá llenar todos los campos de la solicitud, de no ser así, quedará anulada dicha solicitud.

