



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Facultad de Medicina



SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Datos Personales

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

Nombre:

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

CURP o RFC:

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 Exalumno UNAM, Número de Cuenta:

Pregrado

Posgrado

Actividad laboral

Institución(es) donde labora

Cargo(s) o Función(es)

Hospital General Vicente Corral Moscoso

Médico especialista



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Facultad de Medicina



SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Actividad de Educación Continua a inscribirse:

Nombre completo de la actividad: **DIPLOMADO EN CUIDADOS NEUROCRÍTICOS**

Institución organizadora y sede: **POR LA VIDA: EDUCACION E INVESTIGACION**

Modalidad: Presencial ☐ Mixta ☐ A distancia ☒
A distancia (Presencial y Mixto sin seleccionar) Costo (M.N.):

Fecha de inicio (dd/mm/aa): Fecha de término (dd/mm/aa):

Firma de aceptación del responsable Académico

Firma del solicitante

NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo con el perfil autorizado

SGEC-