

Diplomado Universitario en Medicina Estética

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS:

CEDULA O DNI	EXPEDIDA EN
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCION LABORAL	CIUDAD
DEPARTAMENTO O PROVINCIA	PAIS
E-MAIL	TELEFONO
CELULAR	WEB
UNIFORME: TALLA CAMISA	TALLA PANTALON

FORMACION

UNIVERSIDAD DE DONDE ES EGRESADO	
TITULO OBTENIDO	AÑO

POSTGRADO

TITULO OBTENIDO	UNIVERSIDAD	AÑO

ESTUDIOS NO FORMALES (DIPLOMADOS, SEMINARIOS, CURSOS, ETC)

TITULO O ESTUDIO	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN MEDICINA ESTETICA

SI	NO	AÑOS DE EXPERIENCIA	
REALIZA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS?	SI	NO	CUALES?

TRABAJOS DE INVESTIGACION Y RECONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON MEDICINA ESTETICA

NOMBRE DEL TRABAJO, PUBLICACION O RECONOCIMIENTO	FECHA

MIEMBRO ACTIVO DE SOCIEDADES CIENTIFICAS

NOMBRE DE LA SOCIEDAD CIENTIFICA	TIEMPO Y CARGO

Yo, _____ declaro que toda la información contenida en este formulario es veraz y puede corroborarse mediante los soportes anexados, de igual forma acepto la revisión por parte de la comisión de admisión para mi ingreso al Diplomado Universitario de Medicina Estética.

NOMBRE COMPLETO DEL INTERESADO, FIRMA Y DOCUMENTO

FECHA DE SOLICITUD _____