



## Instituto Nacional de Medicina Genómica

Dirección de Enseñanza y Divulgación  
Subdirección de Formación Académica

### Formato de Inscripción al Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina Genómica ciclo 2019-2020

(Llenar con letra de molde legible)

#### DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Edad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

Día Mes Año

Sexo:

F M

Estado civil:

Soltero Casado Divorciado Unión Libre

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No. Exterior / No. Interior

Colonia

C.P.

Delegación / Municipio

## ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Universidad de procedencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Estado

Promedio:   
Período / Fecha: \_\_\_\_\_

Internado de Pregrado: \_\_\_\_\_  
Nombre Estado

Promedio:   
Período: \_\_\_\_\_

Servicio Social: \_\_\_\_\_  
Lugar Estado

Período: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hospital Ciudad Estado

Promedio (En caso que aplique):

Subespecialidad: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_  
(En caso de contar con ella)

\_\_\_\_\_  
Hospital Ciudad Estado

Promedio (En caso que aplique):

Otro(s): \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_  
(En caso de contar con ella)

\_\_\_\_\_  
Hospital /Institución Ciudad Estado

Promedio (En caso que aplique):

Hago constar que todos los datos contenidos en la presente solicitud son verdaderos.

---

Firma del interesado

**Para uso exclusivo del INMEGEN:**

Fecha de entrega:

Día	Mes	Año
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Folio:

Observaciones: