



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: