|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: | Pregrado  |  | Posgrado |  |

|  |
| --- |
| **Actividad laboral** |

|  |
| --- |
|  *Institución(es) donde labora Cargo(s) o Función(es)* |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad de Educación Continua a inscribirse:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo de la actividad: | **Curso de Actualización “Farmacogenómica”** |
| Institución organizadora y sede: | **Instituto Nacional de Medicina Genómica** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Modalidad: |  Presencial [ ]  Mixto [ ]  A distancia [x]  | Costo (M.N.): | $ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de inicio (dd/mm/aa): |  19/08/2019 | Fecha de término (dd/mm/aa): |  22/11/2019 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ***Firma de aceptación del Responsable Académico*** |  | ***Firma del solicitante*** |

**NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado *SGEC-18.05***