

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.

Aviso de Privacidad Simplificado:

El Instituto Nacional de Medicina Genómica con domicilio en Periférico Sur No. 4809, Col. Arenal Tepepan, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14610, Ciudad de México, utilizará los datos personales recabados para su registro como candidato y alumno (en caso de ser aceptado) del Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina Genómica. Para mayor información acerca del tratamiento de los datos personales y de los derechos que pueden hacer valer, por favor consultar el aviso de privacidad integral en <http://www.inmegen.gob.mx/>

Firma del aspirante

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: