



**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 2020-2021**

(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:

Sexo:

Estado civil:

S  o C  lo Div  ido Uni  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: