



Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA EN TOCGINECOLOGIA”

SOLICITUD DE INSCRIPCION

NOMBRE Y APELLIDO:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°:

DOMICILIO PARTICULAR:

LOCALIDAD: CODIGO POSTAL:

TELEFONO: CARACTERISTICA:

E-mail:

TITULO DE:

EXPEDIDO POR: FECHA EGRESO:

MATRICULA PROFESIONAL N° Pcia.: FECHA:

LUGAR DE TRABAJO:
.....

.....HORARIO:A

LOCALIDAD: TELEFONO:

CARGO QUE DESEMPEÑA:

CONSULTORIO:
.....

DIRECCION: HORARIO:

TELEFONO:

CORRIENTES, de de 2007.-

.....
Firma

DOCUMENTACION A PRESENTAR:

- a) Fotocopia legalizada por Escribano Público del título habilitante (si no es egresado UNNE)
- b) Una (1) foto 4 x 4
- c) Fotocopia del D.I.
mim.