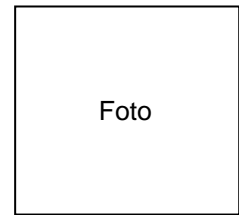




## Solicitud de Ingreso



### Datos personales del Medico

Nombres..... Apellidos.....

Cedula de Identidad..... Fecha de nacimiento.....

Lugar de nacimiento..... Nacionalidad.....

Número de registro sanitario:..... Matrícula N .....

Domicilio .....

Ciudad.....Provincia.....

Código Postal.....Teléfono fijo .....

Teléfono Celular.....Fax.....

Egresado mes/año.....de la Facultad de .....

Universidad de .....

Especialidad.....

(Si está en curso aclarar que año está cursando y cuando finaliza la formación)

.....

Dirección laboral.....

Teléfonos:.....Horario de atención: .....

Código Postal.....Localidad.....Provincia.....

E-mail .....

Otros datos que considere de interés.....

.....

.....

Lugar y Fecha.....

Firma del Candidato y Sello

**IMPORTANTE: Para el ingreso deben enviar esta ficha llena con sello del medico, curriculum vitae y presentación del tema a exponer en power point (10') a [serecuador2014@gmail.com](mailto:serecuador2014@gmail.com)**