****SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**CURSO PROPEDÉUTICO MEDICINA**

**CAMPUS UNIVERSITARIO SIGLO XXI**

1.- DATOS DEL CURSO

|  |
| --- |
| Fecha de inscripción:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Fecha de inicio:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

2.- DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE

|  |
| --- |
| Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vives con tus padres: Si  No  Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**Dirección particular**Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Exterior: \_\_\_\_\_ Interior: \_\_\_\_\_Colonia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono Casa (con lada):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico (e- mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Último grado de Estudios:**  Bachillerato  Licenciatura  OtroDocumentos a entregar:  copia del acta de nacimiento  copia credencial de elector, o identificación oficial  2 fotografías tamaño infantil b/n o color  |

 FIRMA DEL PARTICIPANTE FIRMA DEL RESPONSABLE O TUTOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_