MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Encarnación, de de

**Datos Personales**

* Nombres y Apellidos:……………………………………………………………………….......
* Cédula de Identidad Número:………………………………………………………………….
* Lugar y Fecha de Nacimiento: ………………………………………………………………….

**Dirección Particular**

* Calle:…………………………………………………… Ciudad:…………………………………
* Barrio: ………………………………
* Celular:……………………………………………… Teléfono Línea Baja:……………………..
* E-mail:…………………………………………………………………………………………………

**Dirección Laboral**

* Institución: ………………………………………………………………………………………….
* Dirección:……………………………………………………………………………………………
* Teléfono:……………………………………………………………………………………………
* E -Mail:………………………………………………………………………………………………

**Estudios Realizados**

* Título Profesional: …………………………………………………………………………………
* Institución que otorgó:……………………………………………………………………………
* Año de egreso:………………………………………………………………………………………
* Otros antecedentes:………………………………………………………………………………

**Otros Datos**

* ¿Posee algún tipo de discapacidad?: SI/NO
* Especificar:……………………………………………………………………………………………

**Documentos presentados**

En un Folio:



Manifiesto mi conformidad con los reglamentos y condiciones establecidos para el programa de Postgrado Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Púbica.

…………………………………… Firma

Observaciones: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Grupo día: Jueves:……………………………Sábado:………………………..