UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS

INSCRIPCIÓN DEFINITIVA A CARRERA DE POSGRADO

ATENCIÓN !!! ENVIAR ESTE FORMULARIO EXCLUSIVAMENTE A bedeliaeg@hc.edu.uy

N° de C.I :

Nombres :

Apellidos :

Fecha de Nacimiento :

Día ***Mes*** ***Año***

Nacionalidad :

Género : ***Femenino*** ☐ ***Masculino*** ☐

Dirección :

Localidad :

Departamento :

Teléfono : ***Celular :***

E-mail :

Posee clave de Bedelía : ***SI*** ☐ ***NO*** ☐

Título de Grado:

Expedido por :
Nomgre de la Universidad

FECHA DE ENVIO DEL FORMULARIO

Día ***Mes*** ***Año***

NOTA: El envío de este formulario implica poner en conocimiento a la Escuela de Graduados de su voluntad de inscripción, la cual se valida si los documentos escaneados que se adjuntan(Título de Grado de ambos lados al igual que el documento de identidad), son claros y legibles al igual que éste formulario. La Bedelía de la Escuela de Graduados le enviará la constancia de inscripción y un Instructivo para el acceso a Bedelía por Internet.