



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS

INSCRIPCIÓN A CARRERAS DE POSGRADO

¡ATENCIÓN! ENVIAR ESTE FORMULARIO EXCLUSIVAMENTE A bedeliaeg@hc.edu.uy junto a su Cédula de Identidad escaneada de ambos lados

N° de C.I:

Nombres:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nacionalidad:

Género:

Femenino

Masculino

Dirección:

Localidad:

Departamento:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Posgrado al que se inscribe

Especialidad / Diplomatura

Unidad Docente

Hospital

Posee clave de Bedelía:

SI

NO

Título de Grado:

Expedido por:

Nombre de la Universidad

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 son claros y legibles al igual que este formulario. La bedelía de la Escuela de Graduados le enviará la constancia de inscripción y un Instructivo para el acceso a bedelía por Internet.