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 con cédula de identidad y título/os previos que requiera la carrera (escaneados 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 Instructivopara el acceso a bedelía por Internet.