

## INSCRIPCION



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**

**Nº de C.I.:**

**Nombres:**

**Apellidos:**

**Fecha de Nacimiento:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año

**Nacionalidad:**

**Género:****Femenino** **Masculino** **Dirección:**

**Localidad:**

**Departamento:**

**Teléfono:**
 **Celular:** 
**E-mail:**

**Especialidad / Diplomatura****Posgrado al que  
se inscribe**

**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.