



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A LA PRUEBA DE INGRESO

Nº DE CEDULA

NOMBRES

APELLIDOS

F. DE NACIMIENTO

19		
AÑO	MES	DIA

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CELULAR

E-MAIL

POSEE TÍTULO DE:

EGRESO

EXPEDIDO POR:

DIPLOMATURA, ESPECIALIDAD U ORIENTACIÓN A LA QUE ASPIRA

Fecha

.....

Firma del Solicitante

.....

(Si Ud. no es el aspirante solicitamos aclaración de firma)

Firma Funcionario

.....

NOTA: PRESENTAR FOTOCOPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD.

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN A PRUEBA DE INGRESO: JULIO 20

Nombre y Apellido:

.....

Diplomatura, Especialidad u Orientación:

.....

MUY IMPORTANTE, LEER Y NO OLVIDAR:

La validez de esta inscripción esta sujeta a posterior control de Bedelía. Una vez aprobada la PRUEBA DE INGRESO deberá concurrir a esta Bedelía a realizar la INSCRIPCIÓN A LA ESPECIALIDAD en las dos primeras semanas de marzo del próximo año. Deberá concurrir con la fotocopia de la Cédula de Identidad, fotocopia del Título de grado y una foto carnet.