



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD  
DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS



ESCUELA DE  
GRADUADOS  
FACULTAD DE MEDICINA

## **INSCRIPCIÓN DEFINITIVA A CARRERA DE POSGRADO**

**Atención !!! Enviar este formulario exclusivamente a [bedeliaeg@hc.edu.uy](mailto:bedeliaeg@hc.edu.uy)**

N° de C.I :

Nombres:

Apellidos:

Fecha de  
Nacimiento:     
Día Mes Año

Género: Femenino: ☐  
Masculino: ☐

Nacionalidad:

Dirección:

Localidad:

Departamento:

Teléfono:  Celular:

E-mail:

Posgrado al que se inscribe:  Especialidad / Diplomatura

Unidad Académica:  Hospital

Posee clave de Bedelía: Si ☐ No ☐

Título habilitante:

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 (título habilitante 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.