

Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

**HOJA DE INSCRIPCIÓN**

**DATOS PERSONALES**

1° Apellido  2° Apellido  Nombre

N° Identificación  Sexo  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento

Nacionalidad  Correo electrónico

Teléfonos Casa  Trabajo  Celular  Fax

**UNIVERSITARIA**

Profesión  Grado Académico  Universidad  Año Graduación

**CONCURSO EXTRAORDINARIO**

Deseo hacer especialidad en:

Estoy inscrito en el proceso 2014  SI  No

Soy especialista  SI  No en:

Soy estudiante activo  SI  No en:

Firma: \_\_\_\_\_