

**SOLICITUD DE PLAZA PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS  
ASPIRANTES A LOS CURSOS DE POSGRADO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MEDICINA**

**INSERTAR  
IMAGEN**

**FECHA DE SOLICITUD:**  
**CURSO DE ALTA ESPECIALIDAD QUE SOLICITA:**

**DATOS PERSONALES**

NOMBRE	
EDAD	
SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL	
CURP	
R.F.C	

**DOMICILIO PARTICULAR**

CALLE Y NÚMERO	
COLONIA	
MUNICIPIO	
PAÍS	
CODIGO POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO DOMICILIO	
TELÉFONO CELULAR	

**DATOS PROFESIONALES**

LUGAR DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA	
CICLO ESCOLAR	
PROMEDIO GENERAL	
FECHA DE EXAMEN PROFESIONAL	
CÉDULA PROFESIONAL	