

PG-01 Planilla de Solicitud de Matrícula

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS			MATRÍCULA EN CURSOS		
Facultad u otra entidad autorizada:					
Modalidad de participación: Virtual ()					
Nombre del curso:					
Datos del solicitante (según el carné de identidad)					
Nombre		1er Apellido		2do Apellido	
No. Carné de identidad:	No. Pasaporte:	Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Orcid:					
Datos del domicilio:					
Calle: _____			No: _____	Apto: _____	
Entre: _____ y _____					
Municipio: _____		Provincia: _____		País: _____	
Teléfono fijo: _____		Teléfono móvil: _____		E-mail: _____	
Categoría Docente investigativa:					
Profesor instructor:		P Auxiliar:	P Asistente:	P Auxiliar:	P Titular:
Investigador Agregado:		I Auxiliar:		I Titular:	
Categoría científica:					
Dr.:		DrC:		Máster:	
Datos laborales:					
Ocupación: _____			Años de experiencia en dicha ocupación: _____		
Centro de Trabajo: _____					
Dirección: Calle: _____		No _____		Otra, ¿cuál? _____	
Entre: _____ y _____					
Municipio: _____		Provincia: _____		Teléfono: _____	
OSDE: _____			Organismo: _____		
Fecha de solicitud			Firma del Solicitante		Firma del Profesor Principal
Día	Mes	Año			