

ANEXO 1

PG-01 Planilla de Solicitud de Matrícula

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		MATRÍCULA EN CURSOS	
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS		PREEVENTOS	
Facultad u otra entidad autorizada		_____	
Modalidad de participación Virtual _____			
Nombre del curso		_____	
Datos del solicitante (según Carné de Identidad)			
Nombres: _____		Primer Apellido: _____	
		Segundo Apellido: _____	
No. Carné de Identidad: _____	No. Pasaporte: _____	Nacionalidad: _____	Sexo: F _____ M _____
Número ORCID:	_____		
Datos del domicilio			
Calle: _____		No. _____	Apto: _____
Entre:	_____ y _____		
Municipio: _____	Provincia: _____	País: _____	
Teléfono fijo: _____	Teléfono móvil: _____	Email: _____	
Categoría docente:		Categoría investigativa:	
Profesor Instructor _____		Investigador Agregado _____	
Profesor Asistente _____		Investigador Auxiliar _____	
Profesor Auxiliar _____		Investigador Titular _____	
Profesor Titular _____			
Profesor Consultante _____			
Categoría Científica	Doctor en Ciencias _____ Máster _____		
Datos Laborales			
Ocupación: _____	Años de experiencia en dicha ocupación		_____
Centro de Trabajo			

Dirección:	Calle _____ No. _____	
Entre: _____ y _____		
Municipio: _____	Provincia: _____	Teléfono: _____
OSDE: _____		Organismo: _____
Fecha de solicitud: Día ____ Mes ____ Año ____	Firma del solicitante: _____	Firma del profesor principal: _____