

ANEXO 1

PG-01 Planilla de Solicitud de Matrícula

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS		MATRÍCULA EN CURSOS 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: Profesor Instructor _____ Profesor Asistente _____ Profesor Auxiliar _____ Profesor Titular _____ Profesor Consultante _____		Categoría investigativa: Investigador Agregado _____ Investigador Auxiliar _____ Investigador Titular _____
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: _____