

ANEXO 1

PG-01 Planilla de Solicitud de Matrícula

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS				MATRÍCULA EN CURSOS PRE EVENTO			
Facultad u otra entidad autorizada:							
Modalidad de participación: Virtual ()							
Nombre del curso:							
Datos del solicitante (según el carnet 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:							
Prof. Instructor: <input type="checkbox"/> Prof. Auxiliar: <input type="checkbox"/> Prof. Asistente: <input type="checkbox"/> Prof. Auxiliar: <input type="checkbox"/> Prof. Titular: <input type="checkbox"/>							
Investigador Agregado: <input type="checkbox"/> Investigador Auxiliar: <input type="checkbox"/> Investigador Titular: <input type="checkbox"/>							
Categoría científica:							
Dr.: <input type="checkbox"/> DrC: <input type="checkbox"/> Máster: <input type="checkbox"/>							
Datos laborales:							
Ocupación:					Años de experiencia en dicha ocupación:		
Centro de Trabajo:							
Dirección:		Calle:				No	
Entre:				y		Otra, ¿cuál?	
Municipio:				Provincia:		Teléfono:	
OSDE:				Organismo:			

Fecha de solicitud			Firma del Solicitante	Firma del Profesor Principal
Día	Mes	Año		