



Solicitud de ingreso al Programa de Segunda especialidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en convenio con la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala

Número de expediente: _____ Código especialidad: _____

1. Primer nombre: _____

2. Segundo nombre: _____

3. Primer apellido: _____

4. Segundo apellido: _____

5. Apellido de casada: _____

6. Número de teléfono casa: _____

7. Teléfono celular: _____

8. Correo electrónico: _____

9. Documento personal de identificación (dpi): _____

10. Fecha de nacimiento: _____

11. Lugar de nacimiento: _____

12. Dirección de residencia habitual (incluir municipio y departamento):

13. Edad: _____

14. Número de colegiado: _____

15. Maestría o especialidad: _____

16. Universidad donde se graduó: _____

17. Fecha de graduación de maestría o especialidad: año _____ mes _____ día _____

18. Título de tesis de graduación: _____

19. Especialidad a la que desea ingresar: _____

Firma del médico: _____

Fecha de entrega: _____