Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud
Dirección de Posgrados

Solicitud de ingreso al Programa de Segunda especialidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en convenio con la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala

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: _____

_____

20. Ha realizado residencia parcial en la especialidad que solicita u otras especialidades.

Si:_____¿Qué especialidad? _____

Fecha:_____lugar: _____

No: _____

No se aceptará repitentes en la misma especialidad, aunque sea en otro hospital.

Firma del médico: _____

Fecha de entrega: _____