



**Solicitud de ingreso al Programa de Alta especialidad en
Anestesia Cardiovascular Convenio UNICAR-UMG**

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. Número de Pasaporte: _____
11. Fecha de nacimiento: _____
12. Lugar de nacimiento: _____
13. Dirección de residencia habitual (incluir municipio y departamento):

14. Edad: _____
15. Número de colegiado: _____
16. Maestría o especialidad: _____
17. Universidad donde se graduó: _____
18. Fecha de graduación de maestría o especialidad: año _____ mes _____ día _____
19. Título de tesis de graduación: _____

20. Especialidad a la que desea ingresar: _____

21. 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: _____