



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

EGRESADOS aspirantes a becas de prestación de servicios para actividades académicas

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

CUIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

E-MAIL:

TÍTULO/S:

AÑO DE EGRESO:

TRABAJO U OCUPACIÓN:

En todos los casos, presentar:

-Curriculum Vitae

-Certificado Analítico definitivo

Mendoza,

FIRMA