



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

ESTUDIANTES 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:

AÑO DE CARRERA QUE CURSA:

REGISTRO N°:

N° DE MATERIAS APROBADAS:

En todos los casos, presentar:

-Curriculum Vitae

-Certificado Analítico provisorio expedido par Sección Alumnos

Mendoza,

FIRMA