



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### **ESTUDIANTES aspirantes a becas de prestación de servicios para actividades académicas**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – DIRECCION DE ADMISIÓN

CARRERA: .....

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**

Mendoza, ..... de ..... de .....

.....  
**FIRMA**