



Formulario de Inscripción

1. Apellidos y Nombres					
2. Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	3. País de procedencia			4. Ciudad
5. Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)	/ /	6. Email			7. facebook
8. Nacionalidad			9. N° de pasaporte (si ya lo tiene)		
10. Dirección y Código Postal				11. WhatsApp:	+ _____

12. Conocimiento de idiomas (Niveles: básico, intermedio, avanzado)					
a)		Hablado:		Escrito:	Lectura:
b)		Hablado:		Escrito:	Lectura:
c)		Hablado:		Escrito:	Lectura:

13. Solicito Inscripción y vacante a Facultad Preparatoria (FP) / Pre Residentado (escoja la opción deseada)					
a)	<input type="checkbox"/> Pre Residentado Médico Online (para Esp. Médicas)		b)	<input type="checkbox"/> FP Presencial acelerada: Enero a Julio	
c)	<input type="checkbox"/> FP Online Mixta: 1 semestre Online + 1 Presencial		d)	<input type="checkbox"/> FP Prolongada : 1 semestre Online + 2 Presencial	
e)	<input type="checkbox"/> FP en Inglés online: Inglés B1/B2, Química & Biología		f)	<input type="checkbox"/> FP Presencial: 2 semestres presencial	
13.1	Desde: _____ del 202__	13.2	<input type="checkbox"/> Solicito me exoneren de la Facultad Preparatoria pues domino el Ruso		
13.3	<input type="checkbox"/> No necesito Facultad Preparatoria de Ruso ni de Inglés pues estudiaré una Maestría en Inglés				
14. En la Universidad :					

15. Solicito Inscripción y vacante de estudios para estudios de:					
Pregrado (Licenciatura) <input type="checkbox"/>		Maestría <input type="checkbox"/>	Doctorado: (Ph.D) <input type="checkbox"/>	(D.Sc) <input type="checkbox"/>	Especialidad Médica <input type="checkbox"/>
16. Carrera o Posgrado de estudios :					
17. En la Universidad :					

18. Vuestro Grado académico y/o Título actual		
19. ¿Quién financia vuestros estudios?		

20. Apellidos y nombres de los padres			
Madre :		Email	
Padre :		Email	
21. Dirección domiciliaria actual, ciudad y código postal :			22. Celular (móvil)

23. Persona a quien informar sobre Usted (en caso de emergencia, urgencia o necesidad) :			
24. Celular (móvil)		25. Email	

26. Nombres y apellidos del apoderado o persona responsable :	
27. <input type="checkbox"/> Declaro(amos) conocer y estar conforme con el contenido de los "Términos & Condiciones"	
28. N° Documento de identidad :	30. Firma del (la) estudiante:
29. Firma apoderado o responsable :	
Fecha: / / .	