



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: CARRERA DOCTOR EN MEDICINA

Sus datos personales serán tratados con la debida confidencialidad y serán custodiados con las medidas de seguridad exigidas por la ley correspondiente.

Fecha solicitud: ____/____/____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Domicilio en el Interior si tiene: _____

Domicilio (en Montevideo): _____

C.I. _____ - Teléfono (fijo): _____ Celular: _____

Correo Electrónico personal (letra clara e imprenta): _____ @ _____

Posee carné de salud vigente(Si/No): _____ ; Vigente hasta: ____/____/____

Causal de Ingreso: _____

Documentos que presenta (marque con una "X" el que corresponda):

Presentación de Reválida definitiva de ANEP: _____

Presentación de documentación para estudio de la Comisión: _____

Presentación de cédula de identidad original y fotocopia para dejar en expediente: _____

Toda la documentación que presenta debe estar debidamente legalizada y traducida al idioma español si corresponde.

Autorizó a Bedelía al manejo de la información presentada sobre mi persona y la que surja de mi actuación académica ya sea en la escolaridad, reválidas, certificados, actas, inscripciones y otras, a los efectos de cumplir con los trámites que sean solicitados.

Acepto como procedimiento de notificación válido la comunicación por escrito a la dirección de correo electrónico que declaro en este formulario.

Firma del Aspirante a Estudiante