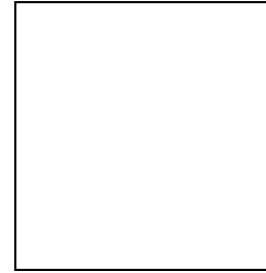


CARRERA DE MEDICINA
HOJA DE DATOS DEL POSTULANTE



CURSO PARA EL INGRESO

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD: _____

DIRECCION DOMICILIARIA: _____

TELEFONOS _____ CELULAR: _____

E- MAIL: _____

COLEGIO DE PROCEDENCIA: _____ TIPO DEL COLEGIO: _____

ESPECIALIZACIÓN: _____ CURSO: _____ JORNADA: _____

HA ESTADO MATRICULADO EN OTRA CARRERA DE LA UCSG NO SI CUAL: _____

DISCAPACIDAD NO SI PORCENTAJE _____ # CARNET CONADIS _____

INDICAR LA DISCAPACIDAD: _____

DATOS DE LOS PADRES Y/O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES DEL PAPÁ: _____ CEDULA DE IDENTIDAD: _____

NOMBRES DE LA MAMA: _____ CEDULA DE IDENTIDAD: _____

TELEFONO DE LA MAMA: _____ TELEFONO DEL PAPÁ: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____ CEDULA DE IDENTIDAD: _____

TELEFONO _____

La carrera de Medicina de la UCSG se guarda el derecho de admitir a cada uno de los postulantes. El abajo firmante es conocedor del proceso de admisión al que será sometido y tiene pleno conocimiento que para ser admitido debe aprobar el Curso de Nivelación y estar dentro del cupo establecido por la carrera.

GUAYAQUIL, _____

FIRMA DEL POSTULANTE

C.I. _____