|  |
| --- |
| **FICHA DE REGISTRO CONCURSO PARA ESTUDIOS DE POSGRADO EN MEDICINA** |
| **ESPECIALIDAD O SUBESPECIALIDAD:** | Elija un elemento. |
| **Datos Generales** |
| Nombres y apellidos: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
|  Identidad o pasaporte: |  número con guiones. | Estado Civil: | Elija. |
| Elegir | Elegir | Elegir | Elegir | Elegir |
| Edad: | Sexo | Numero hijos: | Nacionalidad | Departamento/provincia |
|       |       |       |       |
| Tel Celular № | Tel Fijo № | Correo Electrónico Personal | Correo electrónico Alternativo |

|  |
| --- |
| **Estudios – Procedencia** |
| Universidad: | Elegir | País: | Elegir |
| email. Univ.: |       | Teléfono: |       |
| Año ingreso: |       | Año Graduación: |       | índice de Graduación (%): |       |
| **Dirección de Residencia** |
| PAIS | Departamento | Municipio |
| Elegir | Elija un elemento. |       |
| Lugar | Barrio o colonia | Teléfono fijo |
|       |       |       |
| **Situación Laboral Profesional** |
| Empleo | Nombre Inst. A: |        | Elegir de A | Elegir |
| Seleccionar | Nombre Inst. B: |        | Elegir de B | Elegir |
| email. Inst. A: |        | Tel. Inst. A: |        |
| email. Inst. B: |        | Tel. Inst. B: |        |
| **Condición de Tu Salud** |
| Enfermedad: |        | Tratamiento: |       | Discapacidad: | Elegir |
| Diagnóstico: |        | Terapia: |        |

|  |
| --- |
| Doy Fe que he leído y entendido las instrucciones del instructivo publicado en la web para proceso de admisión a los posgrados clínicos de la UNAH al que me someto con pleno conocimiento. |
| Lugar, País: |       | Fecha: | pulse para fecha. |
|  |  |  |
| Firma y sello médico |  | Huellas índices |