**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
**FACULTAD DE MEDICINA**
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**
**SUBDIVISIÓN DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

## Datos Personales

Fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

Nombre: _____

*Nombre(s)* *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

CURP o RFC: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Domicilio: _____

*Calle* *No. Ext.* *No. Int.* *Colonia*

_____

*Delegación o Municipio* *Entidad Federativa* *C.P.*

Contacto: _____

*Teléfono Local (incluir Lada)* *Teléfono Móvil* *Correo Electrónico*

## Escolaridad

Solamente Educación Básica ☐

*Plan de Estudios / Institución Educativa / Año de Egreso / No. Cédula Profesional*

Técnico en: _____

Licenciatura en: _____

Especialidad en: _____

Maestría y/o Doctorado en: _____

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta: Pregrado _____ Posgrado _____

## Actividad laboral

*Institución(es) donde labora* *Cargo(s) o Función(es)*

_____

_____

## Actividad de Educación Continua a inscribirse:

Nombre completo de la actividad: **Diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes**

Institución organizadora y sede: **Centro Nacional de Trasplantes/ Unidad de Posgrado UNAM**

Modalidad: Presencial ☒ Mixto ☐ A distancia ☐ Costo (M.N.): $2,700

Fecha de inicio (dd/mm/aa): _____ Fecha de término (dd/mm/aa): _____

Dr. Adalberto Poblano Ordóñez.
Director de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional. Centro Nacional de Trasplantes

***Firma de aceptación del Responsable Académico*** ***Firma del solicitante***

**NOTA: Anexar comprobante de estudios de acuerdo al perfil autorizado**