

**SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CENTRO DERMATOLÓGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA
HOJA DE REGISTRO PARA EL CURSO DE POSGRADO EN DERMATOPATOLOGÍA**

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

EDAD _____ SEXO _____ NACIONALIDAD _____

ESTADO CIVIL _____ TELÉFONO _____

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES _____
(Sólo si radica en la República Mexicana)

DOMICILIO PERMANENTE _____
C. P. _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ CELULAR _____

II. ANTECEDENTES ESCOLARES (LICENCIATURA)

UNIVERSIDAD _____

AÑOS _____ AL _____ PROMEDIO DE CALIFICACIONES _____

INTERNADO DE PREGRADO o EQUIVALENTE EN _____ AÑO _____

SERVICIO SOCIAL EN _____ AÑO _____

III. ESTUDIOS DE POSGRADO (ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA)

SEDE HOSPITALARIA _____ AÑOS _____

UNIVERSIDAD _____ PROMEDIO DE CALIFICACIONES _____

IV. SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ACTIVIDADES DOCENTES

V. IDIOMAS QUE HABLA _____

FECHA DE SOLICITUD _____

FIRMA DEL SOLICITANTE