



CONSEJO INTERINSTITUCIONAL DE CERTIFICACION BASICA EN MEDICINA

SOLICITUD PARA EL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS MEDICOS BASICOS

(Favor llenar en letra de imprenta)

FECHA _____/_____/_____
DIA MES AÑO

APELLIDO PATERNO _____

APELLIDO MATERNO _____

APELLIDO DE CASADA _____

PRIMER NOMBRE _____

SEGUNDO NOMBRE _____

NUMERO DE CEDULA/PASAPORTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____
DIA MES AÑO

PAIS DE NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____

UNIVERSIDAD EN QUE ESTUDIA _____

PAIS _____ AÑO DE ESTUDIO _____

UNIVERSIDAD EN LA QUE OBTUVO EL TITULO:

PAIS _____ AÑO _____

TELEFONO _____

CELULAR _____

FAX _____

EMAIL _____

APARTADO POSTAL _____

FIRMA _____