



**Universidad de Panamá
Facultad de Medicina
Comisión de Revisión de Títulos, Créditos y Planes de Estudios**

Formulario para la Revisión de títulos de Médicos Graduados en Panamá

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Cedula: _____

Nacionalidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Universidad donde obtuvo el título de médico: _____

Firma: _____

Cedula: _____

Fecha en que entrega la solicitud: _____

FOTO

PARA USO DE LA COMISION

- Copia del Título con sello fresco
- Copia de Créditos con sello fresco
- Plan de Estudio de la Carrera con sello fresco
- Fotocopia de cedula
- Certificado de Nacimiento
- Foto Tamaño Carne

Observaciones: _____

Firma Miembro de la Comisión: _____

Fecha: _____