



Remitir solicitud y documentación por Correo o personalmente

Clínica **Pueyrredon**

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA o MÁQUINA

### DATOS PERSONALES:

---

Apellido:

Nombre:

Nacionalidad:

DNI:

CUIL:

Lugar y fecha de nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Correo electrónico:

Estado civil:

Especialidad solicitada:

Pegar foto 4x4

Nro:

C.P.:

Tel. particular:

Tel. p/mensajes:

### DATOS ACADÉMICOS:

---

Recibido Universidad:

Año de ingreso:

Año de egreso:

Matrícula Nro.:

Promedio:

Nº de aplazos:

Promedio con aplazos:

Firma:

Aclaración: