



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:

CURSO PREVENCIÓN DEL CONFLICTO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES

Institución organizadora y sede:

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Modalidad:

Presencial

Mixto

A distancia

Costo (M.N.): \$ 500.00

Fecha de inicio (dd/mm/aa): 05/08/24

Fecha de término (dd/mm/aa): 16/08/24

Firma de aceptación del Responsable Académico

Firma del solicitante