



## 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): 10/02/25

Fecha de término (dd/mm/aa): 21/02/25

\_\_\_\_\_  
*Firma de aceptación del Responsable Académico*

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*