



Universidad Nacional de Concepción

Creada por Ley Nº 3201/07

Facultad de Medicina

Dirección de Educación Médica

Dirección de CPI

Calles Prof. Guillermo Cabral e/ Mme. Lynch y Chof. del Chaco Tel. (595 331) 241022 - 242591

Email: uncfcs@gmail.com - facumediconcep@hotmail.com

Concepción, dede 2021.

Señor:

Decano de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Concepción

Prof. Dr. Gustavo Roberto Barrios –

Ciudad.

Quién suscribe, _____ con C.I.Nº _____ se dirige a usted a objeto de solicitar inscripción como alumno/a del Curso Preparatorio de Ingreso de Medicina, dependiente de la Universidad Nacional de Concepción para el período 2021, asumiendo el compromiso de cumplir las exigencias de los reglamentos vigentes establecidos por la Facultad.

DATOS PERSONALES

Colegio de Procedencia: _____

Público

Privado

Privado subvencionado

Título Obtenido: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad de Origen: _____

Dirección Actual: _____

Teléfonos: Alumno/a _____ Familiar: _____ Especificar _____

Participa del Curso Preparatorio por:

Primera Vez

Segunda Vez

Otros

Especificar _____

Número de Matrícula:

--	--	--	--	--	--	--	--

Beneficiado por Resolución No.1008/2021. CSU

Documentos presentados:

- Solicitud de inscripción en el Registro Único de Postulante (RUP) (duplicado) _____
- Fotocopia de C.I. autenticado. _____
- Fotocopia de Título autenticado. _____
- Certificado de estudio original, visado por el MEC y el Rectorado de la UNC _____
- Otros _____

Observación: Lateralidad: Diestro _____ Zurdo _____

Atentamente.

Firma del Solicitante

SOLICITUD No. _____

FECHA

_____/ abril / 2021

SELLO