

SOLICITUD

PARA REALIZAR PRÁCTICAS HOSPITALARIAS EN LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

(Dirigido a estudiantes de segundo ciclo de la Licenciatura de Medicina)

Apellidos _____

Nombre _____ DNI _____

Curso _____ Hospital _____

Dirección _____

Localidad _____ Provincia _____

C.P. _____ Teléfono fijo /móvil _____

Correo electrónico _____

MES DE PREFERENCIA:

JULIO

AGOSTO

JULIO Y AGOSTO

LUGAR DE PREFERENCIA:

FACULTAD DE CUNOC (QUETZALTENANGO)

FACULTAD DE SAN CARLOS (GUATEMALA)