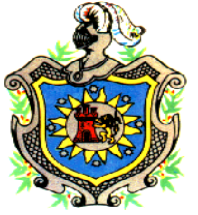




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



INSCRIPCION A ESTUDIOS DE POST-GRADO

Tipo de Curso: (Marque el cuadro el tipo de curso)

Maestría

Especialización

Diplomado

Curso Básico

Alcance del Curso:

Local

Nacional

Internacional

Nombre del Curso _____

Duración / ___ / horas

Fecha de Inicio _____
Día Mes Año

Lugar del Curso: _____

DATOS GENERALES DEL ALUMNO: (Escriba su nombre completo y con letra de molde)

1er Apellido: _____

2do Apellido: _____

1er Nombre: _____

2do. Nombre: _____

Lugar y Fecha de nacimiento: _____

Sexo: / ___ / Estado Civil: / _____ / Nacionalidad: / _____ /

Dirección permanente actual: _____

Teléfono: / _____ / Celular: / _____ / email: _____

