



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ASPIRANTES
(NO SE RECEPCIONARA FORMULARIOS ILEGIBLES)

APELLIDOS: _____

(COMPLETOS)

NOMBRES: _____

(COMPLETOS)

INSCRIPCIÓN A LA CARRERA _____

DOCUMENTOS IDENTIFICATORIOS:

CEDULA DE IDENTIDAD: _____ **CREDENCIAL CÍVICA:**

Numero _____ Serie _____

FECHA DE NACIMIENTO: AÑO _____ MES _____ DIA _____

LUGAR DE NACIMIENTO:

DEPARTAMENTO: _____ **CIUDAD:** _____

LOCALIDAD: _____ **CODIGO:** _____

(01 MONTEVIDEO, 02 ARTIGAS, 03 CANELONES, 04 CERRO LARGO, 05 COLONIA, 06 DURAZNO, 07 FLORES, 08 FLORIDA, 09 LAVALLEJA, 10 MALDONADO, 11 PAYSANDU, 12 RIO NEGRO, 13 RIVERA, 14 ROCHA, 15 SALTO, 16 SAN JOSE, 17 SORIANO, 18 TACUAREMBO, 19 TREINTAY TRES, 20 ARGENTINA, 21 BRASIL, 22 CHILE, 23 PARAGUAY, 24 VENEZUELA, 25 PERU, 26 COLOMBIA, 27 BOLIVIA, 28 ECUADOR, 29 EE.UU., 30 EUROPA, 31 OTROS).

DOMICILIO:

MONTEVIDEO: DIRECCIÓN _____ TEL: _____

INTERIOR: DEPARTAMENTO _____

DIRECCIÓN _____

TEL (Incluya la característica) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

PROVIENE DEL LICEO: (CODIGO: 04 PUBLICO, 05 PRIVADI LAICO, 06 PRIVADO RELIGIOSO)

PUBLICO:

NOMBRE _____ Nº _____ CODIGO _____

PRIVADO:

NOMBRE _____ Nº _____ CODIGO _____

POR INTERMEDIO AUTORIZO A LA BEDELÍA ENVÍE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA BIBLIOTECA PARA HACER LA INSCRIPCIÓN A LA MISMA.

FIRMA _____

SECCIÓN BEDELÍA - ESCUELA UNIVERSITARIA DE TECNOLOGIA MÉDICA

PAYSANDÚ, _____ DE _____ DE 20__

SE HACE CONSTAR QUE _____

SE ENCUENTRA INSCRIPTA /O PARA RENDIR LA PRUEBA DE INGRESO A LA E.U.T.M.

SELLO

FIRMA DEL FUNCIONARIO RECEPTOR _____