



“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”

UNIVERSIDAD DE SONORA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPUS CAJEME

Foto
Digital

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO

Por este medio solicito participar en el proceso selectivo para realizar el año de INTERNADO DE PREGRADO del 1° de julio del 2023 al 30 de junio del 2024, en la sede disponible autorizada a la Universidad, que de acuerdo a mi promedio elija en evento público, y con absoluto respeto a lo establecido a la convocatoria, es decir, me encuentro consciente que **NO SE PERMITE LLEVAR A CABO CAMBIOS DE SEDE POSTERIOR A LA SELECCIÓN EN EVENTO PÚBLICO Y EN CASO DE HACERLO SIN SUSTENTO, OBJETIVO Y EN APEGO A NORMATIVA, ESTOY CONSCIENTE QUE SE ME DARÁ DE BAJA DEL INTERNADO DE PREGRADO.** Adjunto mis datos y declaro bajo protesta que son verdaderos, he leído la convocatoria y acepto lo que señala, acepto que se haga público mi nombre y promedio general de la carrera al aparecer en el listado de alumnos aspirantes al Internado de Pregrado, en respeto a la transparencia del proceso; igualmente estoy informado (a) y de acuerdo en que, sin excepción, únicamente iniciaré el internado de pregrado si soy alumno regular y he cumplido la totalidad de los créditos necesarios.

Atentamente

Nombre completo del alumno y firma

*Firma autógrafa indispensable.

MATRÍCULA: [_____]		PROMOCIÓN <u> </u> JULIO 2023 <u> </u>		
Fecha de solicitud: [] / [] / [] <small>Día Mes Año</small>		PROMEDIO GENERAL HASTA 8º. SEMESTRE : [_____]		
NOMBRE: [_____]	[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	
EDAD: ([]) años cumplidos	SEXO: ([]) Masculino ([]) Femenino			
ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO			
LUGAR DE NACIMIENTO: [_____]				
CURP (SIN OMITIR LETRAS O NÚMEROS): [_____]			NACIONALIDAD: [_____]	
DOMICILIO PERMANENTE:	[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
	CALLE Y NÚMERO:			CP
	[_____]	[_____]	[_____]	[_____]
	COLONIA	CIUDAD	MUNICIPIO	ESTADO
TELÉFONO FIJO EN CASA: LADA ([])	[_____]	EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: (anota nombre y parentesco) [_____] TELÉFONO LADA([]) [_____]		
Número de teléfono CELULAR del alumno: 10 dígitos [_____]	Correo electrónico del alumno (anota el habitual) [_____]			
¿Padeces alguna enfermedad? SI _____ NO _____	¿Cuál? (En caso de haber respondido NO, dejar en blanco)			
Es importante proporcionar datos fidedignos y permanentes, necesarios ante situaciones de urgencia e información oportuna para ti.				
PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIVERSIDAD				
HOSPITAL SEDE	LUGAR		ESTADO	