**Formulario de Inscripción**

**Maestría en Clínica Médica y Quirúrgica en Pequeños Animales**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Información general del aspirante |  |
|  |  |
| Nombres | Apellidos |
|  | M  F  |
| N° de cédula o passaporte | Sexo |
|  |  |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Grupo sanguíneo y factor RH |
|  |  |
| Libreta militar, si aplica | Tarjeta profesional, si aplica |
|  |  |
| Edad | Estado civil |
| Dirección de residencia | Ciudad Estrato |
| Teléfono residencia, celular particular | Email particular |
| Dirección del trabajo | Ciudad |
| Teléfono del trabajo, celular del trabajo | Email del trabajo |
| Medio por el cual se enteró del posgrado  Internet  Periódico  Radio   Colega  Otro  | **Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Estudios universitarios realizados | comience por la más reciente |
| Título obtenido | Fecha de grado, si aplica |
| Universidad o institución | Programa |
| Título del trabajo de grado |  |
| Promedio | Máxima calificación posible |
|  |  |
| Título obtenido | Fecha de grado, si aplica |
| Universidad o institución | Programa |
| Título del trabajo de grado |  |
| Promedio | Máxima calificación posible |
|  |  |
| Título obtenido | Fecha de grado, si aplica |
| Universidad o institución | Programa |
| Título del trabajo de grado |  |
| Promedio | Máxima calificación posible |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Experiencia profesional y laboral | comience por la más reciente |
|  |  |
| ¿Trabaja actualmente? si  no  |  |
| Empresa | Cargo |
| Dirección | Teléfono(s) |
| Descripción de su actividad principal |  |
| Empresa | Cargo |
| Dirección | Teléfono(s) |
|  |  |
| Descripción de su actividad principal |  |
| Empresa | Cargo |
| Dirección | Teléfono(s) |
| Descripción de su actividad principal |  |
| Empresa | Cargo |
| Dirección | Teléfono(s) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Idiomas | | comience por aquel que mejor domina | |
| Convenciones B= bien, R=regular, M=mal | |  | |
|  | |  | |
| *Idioma* | *Lee* | *Escribe* | *Habla* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Doy fe que la información consignada en este formulario es verídica.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma | Nombre |
|  |  |
| Cédula de ciudadanía | Fecha |