

SOLICITUD DE ASPIRANTE

PERIODO: _____

Nombre: _____ **CURP:** _____

Sexo: Femenino Masculino **Fecha de nacimiento:** _____

País de origen: _____ **Estado de origen:** _____

Ciudad de origen: _____ **Estado civil:** _____

Escuela de procedencia: _____

Promedio: _____ **Facultad ó UAM:** _____

Correo electrónico: _____ **Matrícula:** _____

Carrera: Licenciado en Enfermería

Calle: _____ **Número:** _____

Colonia: _____ **CP:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

País: _____ **Estado:** _____

Ciudad: _____

Hago constar que la información vertida en este documento, es verdadera y digna de confianza.

A.N. C. Sec./Bachill. Const. C.B.Cond. C.Med. Fotog. C.A.N.P.

Ident. P.Curso Oficio de traslado Kardex o constancia de calificaciones

Firma del aspirante