FORMULARIO DE POSTULACIÓN INTERNADO MEDICINA

*Movilidad Entrante. Completar íntegramente en formato digital*

1. **ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre(s): |  | Apellido(s): | |  | | | |
| Estado civil: |  | Sexo | | Hombre |  | Mujer |  |
| Nacionalidad: |  | Fecha de nacimiento: | | |  | | |
| Pasaporte Nº: |  | Lugar de nacimiento: | | |  | | |
| Dirección: |  | | | | | | |
| Teléfono: |  | Correo-E: |  | | | | |

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS (DEBEN SER ACREDITADOS CON CERTIFICADOS EN ESPAÑOL O INGLÉS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Curso o nivel actual: | |  | | | | | |
| Asignatura a la cual postula (máximo 2 en orden de preferencia): | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Desde: | |  | | Hasta: | |  | |
| Campus de interés (pueden ser ambos): | Casa central Valparaíso | |  | | Campus San Felipe | |  |
| Nivel de conocimiento de la asignatura que postula: | |  | | | | | |
| Financiamiento de la estadía: | |  | | | | | |

1. **ANTECEDENTES UNIVERSIDAD DE ORIGEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universidad de origen: |  | | |
| Dirección: |  | País: |  |
| Nombre, firma y timbre Decano de Facultad de Medicina: |  | | |
| Nombre, firma y timbre Director Escuela de Medicina: |  | | |

**Adjuntar certificados en español o inglés:**

* Certificado devacunación Hepatitis – Influenza – COVID.
* Anexar cualquier otro antecedente relevante.

***Nombre y firma estudiante***