



COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR

SOLICITUD DE INGRESO AÑO SOCIAL

Fecha: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ N° DUI: _____ Nacionalidad: _____

Dirección Particular: _____

Teléfono de Residencia: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de la institución donde realiza su año social: _____

Dirección del lugar donde realiza su año social: _____

Teléfono de la Institución: _____

Área y/o Departamento donde realiza su año social: _____

Nombre de la Universidad donde realiza sus estudios: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma: _____

Favor de adjuntar los siguientes Requisitos:

Fotocopia de DUI, (150%)

Fotografía (enviar digital)

Fotocopia de memorándum (Firmada por la dirección de la región donde hará su año social)

Vigencia de Inscripción 31 de diciembre del 2025

Inscripción \$15.00