



# COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR

## SOLICITUD DE INGRESO CUARTO A SEPTIMO AÑO

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ N° DUI: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Teléfono de Residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Universidad donde realiza sus estudios: \_\_\_\_\_

Que año se encuentra cursando: CUARTO AÑO  QUINTO AÑO

SEXTO AÑO  SEPTIMO AÑO

Teléfono de la Institución: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Vigencia de inscripción: 31 de diciembre 2025

**Favor de adjuntar los siguientes**

**requisitos: Fotocopia de DUI (150%)**

**Fotografía (enviar una digital)**

**Constancia de estudios, extendida por la Universidad.**

**Inscripción \$15.00 (Pago único y anual)**