



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Personería Jurídica No.10917 del 01/12/1976 resolución Ministerio de Educación Nacional No. 8125

Carrera 18 No. 8-95 PBX 599-89-77 Ext. 155 Directo: 2015750

http://www.fucsalud.edu.co

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA DE NIVELACIÓN TECNÓLOGO A PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

No

Foto reciente
3x4 c.m.

Formulario único para inscripciones regulares y transferencias de pregrado

* Lea cuidadosamente * Diligencie completamente con letra imprenta o en máquina de escribir.

* No doblar * No utilice números romanos * Firme el formulario

CÓDIGO

Uso exclusivo de la
Universidad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO (Para día utilice de 01 a 31 y para mes de 01 a 12)

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E.

NÚMERO

LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____	Dirección residencia: _____		Estrato: _____	
		Ciudad: _____		Tel: _____	
		e.mail: _____		Cel: _____	
		Tel. en Bogotá: _____			

ESTUDIOS SECUNDARIOS

Institución donde se graduó: _____

Título recibido: _____ Año _____ Ciudad: _____

ESTUDIOS SUPERIORES A NIVEL TECNOLÓGICO

AÑO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	PROGRAMA	SEMESTRES CURSADOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÍTULO <input type="text"/>			AÑO <input type="text"/>

INFORMACIÓN FAMILIAR

	Nombre y apellido	Dirección residencia	Teléfono residencia	Teléfono trabajo	Profesión u oficio
Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conyugue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de hijos ¿Vive con sus padres? Si No

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa _____
Dirección _____ Teléfono _____
Cargo: _____ Antigüedad _____

OTROS TRABAJOS

Nombre de la empresa _____
Dirección _____ Teléfono _____
Cargo: _____ Antigüedad _____

OTRA INFORMACIÓN (Marque las actividades deportivas y culturales de su preferencia y en las cuáles le gustaría participar)

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Fútbol Voleibol Baloncesto Ajedrez Otra, ¿Cuál? _____

ACTIVIDADES CULTURALES

Danza Teatro Música Artes plásticas Otra, ¿Cuál? _____

¿POR CUAL MEDIO SE ENTERÓ DE LA UNIVERSIDAD?

Aviso periódico Folleto Aviso revista Internet Directorio telefónico
 Visita guiada Universidad Orientador profesional Feria colegio Recomendado Visita colegio
 Feria expo-estudiante Otro, ¿Cuál? _____

La información consignada en este formulario de inscripción es verdadera, exacta y completa

Firma del aspirante

FECHA DE ENTREGA DE LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Día Mes Año
□□ / □□ / □□□□

OBSERVACIONES (Uso exclusivo de la Fundación)