



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Datos Personales

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

Nombre:

Nombre(s) *Apellido Paterno* *Apellido Materno*

CURP o RFC:

Sexo: M F

Domicilio:

Calle *No. Ext.* *No. Int.* *Colonia*

Delegación o Municipio *Entidad Federativa* *C.P.*

Contacto:

Teléfono Local (incluir Lada) *Teléfono Móvil* *Correo Electrónico*

Escolaridad

Solamente Educación Básica

Plan de Estudios / *Institución Educativa* / *Año de Egreso* / *No. Cédula Profesional*

Técnico en:

Licenciatura en:

Especialidad en:

Maestría y/o

Doctorado en:

Alumno o Ex Alumno UNAM, Número de Cuenta:

Pregrado

Posgrado

Actividad laboral

Institución(es) donde labora

Cargo(s) o Función(es)

Actividad de Educación Continua a inscribirse:

Nombre completo de la actividad:

CURSO PREVENCIÓN DEL CONFLICTO ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES

Institución organizadora y sede:

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Modalidad:

Presencial

Mixto

A distancia

Costo (M.N.): \$ 500.00

Fecha de inicio (dd/mm/aa): 01/06/26

Fecha de término (dd/mm/aa): 12/06/26

Firma de aceptación del Responsable Académico

Firma del solicitante