



SALUD
SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

SOLICITUD PARA REGISTRO ESTATAL DE TITULO PROFESIONAL

DATOS GENERALES

NOMBRE (S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE

NUMERO

COLONIA

CODIGO POSTAL

TELEFONO

LOCALIDAD O MUNICIPIO

DATOS DE LA UNIVERSIDAD/ ESCUELA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

LICENCIATURA

ESPECIALIDAD/MAESTRÍA

No. DE CEDULA

No. DE CEDULA

DATOS LABORALES

PRIVADO

PUBLICO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

CALLE

NUMERO

COLONIA

CODIGO POSTAL

TELEFONO

LOCALIDAD O MUNICIPIO

USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

REGISTRO ESTATAL

FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FIRMA DEL PROFESIONISTA
