

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

PROFESIÓN

LICENCIATURA:
TECNICO:

ESPECIALIDAD:
SUB ESPECIALIDAD:

No. DE CEDULA: _____

No. DE CEDULA: _____

DATOS LABORALES

LABORA PARA EL SECTOR SALUD:

SI
PUBLICO

NO
PRIVADO

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