

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE DEL ASESOR:		
DATOS PERSONALES		
Nombres y Apellidos:		
Lugar y fecha de nacimiento:	Nacionalidad:	
Nº. Pasaporte o Cédula:	Fecha de emisión:	Fecha de caducidad:
	___/___/___	___/___/___
Dirección actual País:	Provincia:	Ciudad:
Calles:	Nº casa – piso:	
WhatsApp:	E-mail:	
Facebook:		
Nombre del colegio / universidad:		
Dirección del colegio / universidad:		
Año de inicio de estudios: _____ / año de graduación: _____		

DATOS PARA INSCRIPCIÓN:		
Solicito inscripción para estudios de:		
Carrera en:	Especialidad médica en:	
Maestría en:	Doctorado PhD en:	
Universidad seleccionada en Rusia: PRE		
Periodo de inicio de clases: Marzo ___ (20___) Septiembre ___ (20___) Otro ___ (20___)		

INFORMACIÓN DE LOS PADRES		
Nombres del padre:		Fecha de Nacimiento:
WhatsApp:	Lugar de trabajo:	
E-mail:	Cargo que desempeña:	
Nombres de la madre:		Fecha de Nacimiento:
WhatsApp:	Lugar de trabajo:	
E-mail:	Cargo que desempeña:	

Apoderado o persona responsable:	
Nº. de cédula:	Fecha de nacimiento:
WhatsApp:	E-mail:
Dirección donde trabaja (País, provincia, ciudad):	
Cargo que desempeña:	Lugar de Trabajo:

¿Por qué medio se enteró sobre nuestro programa académico?	Fecha:
--	--------

****Todos los campos son obligatorios****