|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENCIONES COMUNITARIAS EN SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitante** |  |
| **Nombre** | **Apellidos** |
| **Edad** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Residencia habitual** | |
| **Domicilio** | |
| **Departamento** | **Localidad** |

|  |
| --- |
| **Carrera** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de contacto** | |
| **Teléfono** | **Celular** |
| **Correo electrónico** | |

|  |
| --- |
| **Observaciones** |
|  |

Montevideo, ------------------------------------------------ de 2016

Firma del solicitante