



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL CARIBE
ESCUELA DE MEDICINA
CENTRO MÉDICO ACADÉMICO, REGIÓN NOROESTE
OFICINA DE EDUCACIÓN CONTINUA
PROVEEDOR 00024

HOJA DE MATRÍCULA (REGISTRO)

Num. Recibo: _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Título de la Actividad:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre:

Inicial:

Profesión:
(Para la que solicita el certificado)

Licencia:

Dirección Postal:

Pueblo:

País:

Zip code:

Celular:

Teléfono Trabajo:

Correo electrónico:

@

No deseo recibir promoción ni información

Cómo se enteró de la actividad:

Certifico que la Información suministrada es correcta:

Firma

Fecha

Esta información es de carácter confidencial y será utilizada por la Universidad Central del Caribe sólo para fines educativos. **Usted tiene de 30 a 60 días para la reclamación del certificado, luego de efectuarse esta actividad. Después de esta fecha el duplicado tendrá un costo de \$10.00 adicionales.**