



HOJA DE INSCRIPCIÓN A JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICO VETERINARIA

DATOS PERSONALES

Nombre Completo:	_____						
Lugar y fecha de Nacimiento:	_____						
País:	_____	Edad:	_____	Sexo:	_____	Estado Civil:	_____
DUI N°	_____	extendido en	_____	fecha	_____		
NIT N°	_____	E – mail:	_____				
Dirección particular:	_____						
Teléfono:	_____	Tel. celular:	_____				

FORMACION ACADEMICA

Graduado en la Facultad de:	_____						
Nombre de la Universidad:	Universidad _____						
Ciudad:	_____	País:	_____				
Grado o Título Obtenido:	_____						
Fecha de Graduación:	_____						
Requisitos de Graduación:							
Examen Profesional:	SI	NO	Servicio Social:	SI	NO		
Lugar de Servicio Social:	_____					Tiempo:	_____ Horas.
Tesis de Grado:	SI	NO					
Título de la Tesis:	_____						
Post Grado:	SI	NO					
Diploma en:	_____						
Maestría en (MSC):	_____						
Doctorado en (PHD):	_____						
Incorporado en:	_____					Fecha:	_____

DATOS LABORALES

Nombre de empresa:	_____						
Departamento o Dependencia:	_____						
Dirección:	_____						
Teléfono:	_____	Fax:	_____				

San Salvador, _____ de _____ del año _____