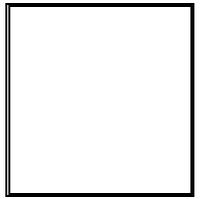


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
TITULACIÓN POR DIPLOMADO DE  
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN  
\_\_\_\_\_ **PROMOCIÓN**

\_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_  
NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOMICILIO PARTICULAR CALLE Y NÚMERO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELÉFONOS OFICINA Y/O CONSULTORIO \_\_\_\_\_

AÑO DE INGRESO \_\_\_\_\_ AÑO DE EGRESO \_\_\_\_\_

PROMEDIO \_\_\_\_\_ CLÍNICA PERIFÉRICA \_\_\_\_\_

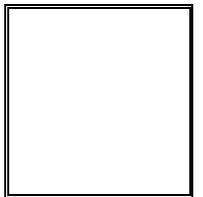
DIPLOMADO DE: \_\_\_\_\_

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MTRA. RINA FEINGOLD STEINER  
COORDINADORA DE TITULACIÓN POR DIPLOMADO \_\_\_\_\_

**TITULACIÓN POR DIPLOMADO DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL  
COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN**



NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_  
DIPLOMADO \_\_\_\_\_  
AUTORIZACIÓN \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_  
BIBLIOTECA REG. NÚMERO \_\_\_\_\_