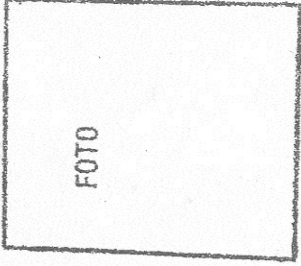


UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE BIOANALISIS
 CONTROL DE ESTUDIOS



DATOS PERSONALES

APELLIDOS:				NOMBRES:			
Nº DE CEDULA DE IDENTIDAD	SEXO	NACIONALIDAD	EDO. CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		
DIRECCION PERMANENTE:							
TELEFONO HAB				CELULAR:			
INDIQUE OTRO TELEFONO DE ALGUN FAMILIAR QUE NO VINA CON UD.							
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA EMPRESA O INSTITUCION DONDE TRABAJA		CARGO:		CARGO:	
TELEFONO DE OFICINA:				CELULAR:			
NOMBRE DE LA MADRE:		NOMBRE DE LA EMPRESA O INSTITUCION DONDE TRABAJA		CARGO:		CARGO:	
TELEFONO DE OFICINA				CELULAR:			
AÑO LECTIVO EN QUE INSCRIBIO EN LA U.C.V POR PRIMERA VEZ:							
INDIQUE LA FORMA DE INGRESO A LA U.C.V.: C.N.U. _____ ACTA COVENIO _____ EQUIV. _____ RESOL. 158 _____							
OTRO _____ INDIQUE _____				AÑO QUE CURSA:			
OBSERVACIONES:							

FECHA _____

FIRMA _____