FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

DIPLOMADO DE ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:

Documento de Identificación: De:

Lugar de Nacimiento: Fecha Día / Mes / Año

Dirección Residencia: Teléfonos

E. mail Celular

ESTUDIOS REALIZADOS

NIVEL ACADÉMICO	TÍTULO OBTENIDO	UNIVERSIDAD	AÑO	CIUDAD

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa:

Cargo Actual:

TIPO DE CONTRATACIÓN
- ○ Hora Cátedra
- ○ Medio Tiempo
- ○ Tiempo Completo
- ○ Otro

Cuál_____

Dirección Oficina: Teléfonos

DIPLOMADO
- ○ PRIMER SEMESTRE
- ○ SEGUNDO SEMESTRE

Vo. Bo. Directora
División de Investigaciones

4060110170