UNIVERSIDAD DE COSTA RICA | FACULTAD DE ODONTOLOGÍA | UNIDAD DE INFORMÁTICA

Tel-Fax:2511-4268

FORMULA DE INGRESO DEL ESTUDIANTE
SISTEMA DE CONTROL DE CLINICA

DE CEDULA: _____

_____ _____ _____
1ER APELLIDO 2DO APELLIDO NOMBRE

#DE CARNET UNIVERSITARIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ EDAD: ____ SEXO: _____

NACIONALIDAD: _____

DIRECCION: _____
_____
_____

TELEFONO DE HABIT.: _____ CELULAR: _____

NIVEL ACADEMICO: _____

SI USTED ESTA CURSANDO UNA PASANTÍA O POSGRADO FAVOR INDICAR:_____

FECHA DE SOLICITUD FECHA DE PROCESAMIENTO

SINAES CARRERA ACREDITADA COSTA RICA