INSTITUTO MEXICANO DE OFTALMOLOGÍA, IAP

FORMATO PARA PERIODO CORTO DE OBSERVACIÓN

Por favor complete el siguiente formulario y envíelo junto con los documentos requeridos para su rotación/servicio social

_____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Grado académico que cursa actualmente: _____

Departamento por el que desea rotar:_____

Periodo:

_____

Hospital – Escuela de Procedencia: _____

Nombre del Jefe de Enseñanza/Coordinador: _____

_____

Calle Colonia CP

_____

Ciudad/Estado País Teléfono/Ext. Depto

_____

Firma del solicitante Fecha