**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**POSTULANTE A INTERNADO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Nombres completos) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Me dirijo a usted para manifestarle lo siguiente:

Teniendo interés y cumpliendo con los requisitos para postular a Internado 202\_\_-\_\_ del Programa de estudios de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ convocado, solicito a usted aceptar mi inscripción.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma)

**Nombres:**

**Apellidos:**

**DNI:**

**Código de estudiante:**

**Área o especialidad de interés:**

En caso de faltar a estas declaraciones, acepto mi separación automática al proceso de admisión, y quedo a disposición de los procesos que la Institución tenga a bien iniciar.