Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas

Sociedad Universitaria de Neurociencias

Ficha de Ingreso

DATOS GENERALES

Nombre: _____ _____
Número de Cuenta: _____ Número de Identidad: _____
Edad: _____ Sexo: F M Año que Cursa _____

REQUISITOS:

□ **Pasante de Neuroanatomía:** ____ Período del año _____

Docente: _____

□ **Cursó Neuroanatomía:** ____ Período del año _____
Nota Final: _____ Docente: _____

□ **Cursó Clase afín:** Nombre de la Asignatura: _____
____ Período del año _____ Nota Final: _____
Docente: _____

Datos Personales

Teléfono _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____

¿PORQUÉ DESEA ENTRAR A LA SOCIEDAD UNIVERSITARIA DE NEUROCIENCIAS?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma _____

Fecha y Lugar de Solicitud: _____

_____ _____

Secretaria Presidente