



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO
DE ESPECIALIDAD MÉDICA**
FORM. RYE No. 03

GUATEMALA, _____

Fotografía

Señor Jefe
Departamento de Registro y Estadística
Universidad de San Carlos de Guatemala

Atentamente solicito, se sirva dar trámite a la solicitud de Reconocimiento de Especialidad Médica. Para tal efecto proporciono la información siguiente:

Nombres y Apellidos:

.....
Correo Electrónico: _____ Teléfonos: _____

.....
Dirección: _____

.....
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

.....
Título Profesional: _____ Número de Registro _____ Fecha de Registro _____

Estudios Realizados en el Extranjero

.....
País: _____

.....
Institución de dónde se graduó: _____

.....
Título Profesional obtenido: _____

.....
Duración de los estudios _____

.....
Número de cursos _____

Reconocimiento de:

a. Especialidad Clínica, Programa Nacional

b. Especialidad Clínica, Programa Extranjero

.....
Firma del Solicitante

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y ESTADÍSTICA
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12

www.registro.usac.edu.gt