INSCRIPCIÓN A DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN FARMACIA INDUSTRIAL

Fecha:……

Nombres: .....

Apellidos: .....

Dirección: .....

Teléfono: ..... C.I. .....

Correo Electrónico: .....Cel: ….....

TITULO PROFESIONAL: ….....Fecha de Egreso: .....

Plan de Estudios – Año .....

Formación equivalente:

.....

.....

.....

.....

TOTAL A ABONAR:	….....	(Unidades indexadas)

1) Cursos aprobados que se soliciten convalidar o revalidar por ser relevantes para el Programa de Formación propuesto (se deberá adjuntar el programa correspondiente):

Nombre del Curso	Lugar de realización	Realizado (fecha)	Evaluación (si/no)	Carga horaria	Créditos sugeridos

2) **ACTIVIDADES PROGRAMADAS**: (aquí se podrá incluír cursos de actualización y posgrado pertenecientes a otros programas universitarios del ámbito nacional o extranjero, seminarios, monografías, pruebas de suficiencia, méritos anteriores y otros trabajos debidamente acreditados – se debe ajuntar los comprobantes correspondientes)

ACTIVIDAD	Lugar de realización	Realizado (fecha)	A realizar (fecha)	Evaluación (si/no)	Carga horaria	Créditos sugeridos

Firma y aclaración de firma del solicitante

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISION DEL DEFI: