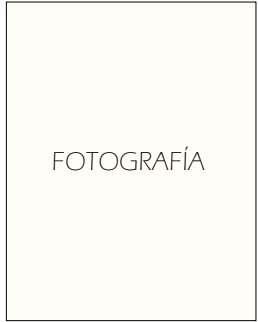




CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y  
EDUCACIÓN CONTINUA EN ODONTOLOGÍA

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A ESPECIALIDAD



### AVISO DE PRIVACIDAD

El Centro de Estudios de Posgrado y Educación Continua en Odontología, con domicilio en Teniente Alemán #254, Colonia Chapultepec Sur, Morelia Michoacán, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada para proveer los servicios que ha solicitado, informarle sobre cambios en los mismos y para control interno de la Institución. Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los siguientes datos personales a continuación solicitados, considerado como sensible según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Nombre

\_\_\_\_\_

Paterno Materno Nombre

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle Numero Colonia C.P. Ciudad

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Universidad O Escuela De Procedencia \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Ciclo escolar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO

NOTA: El participante aceptado que no proporcione alguno de los documentos requeridos y/o su pago respectivo en el plazo establecido, queda enterado que se le podrá dar de baja sin responsabilidad de la Institución.