



**COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS
EN ENFERMERIA, A. C.
SOLICITUD DE AFILIACIÓN**



DATOS PERSONALES

NOMBRE _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres(s)

CURP _____ **RFC** _____

DOMICILIO _____
Calle No. Colonia
ESTADO _____

Delegación C.P.

TELEFONO(S) _____ **CEL.** _____

E-MAIL _____ **NACIONALIDAD** _____

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

ESCUELA O FACULTAD DE PROCEDENCIA _____

CED. PROF. LIC. _____ **CED. PROF. POSGRADO** _____

CURSOS POSTECNICOS

CURSO	AÑO EN QUE LO REALIZO	DURACIÓN	INSTITUCIÓN EDUCATIVA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ESTUDIOS DE POSGRADO

TRABAJOS PUBLICADOS: _____

DATOS LABORALES

LUGAR DE TRABAJO _____ **TELEFONO** _____ **CARGO** _____
Ext. _____
Ext. _____

ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE:

MOTIVOS POR EL CUAL DESEA INGRESAR AL COLEGIO

FECHA

FIRMA