

LABORATORIO ANÁLISIS CLÍNICOS  
FACULTAD DE MEDICINA

FORMATO DE REGISTRO DE ALUMNOS DEL PROCESO ENSEÑANZA  
APRENDIZAJE.

**Datos personales**

Nombre del alumno:

\_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

Facultad de procedencia: \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Tipo de estancia:**

Programa de estudio de la facultad de medicina

\_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_

Práctica profesional \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Servicio Social \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tesis \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Director de tesis \_\_\_\_\_