

**SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN**  
**DIPLOMADO CIRUGÍA DERMATOLÓGICA Y DERMATO-ONCOLÓGICA**  
**Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"**

DR. ERNESTO VELAZCO MANZO  
Jefe del Departamento de Cirugía Dermatológica  
Profesor titular del posgrado

Zapopan Jalisco, México, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Estimado Dr. Velazco:

Por medio de la presente solicito a Ud., se me permita recibir mi documentación y presentar el examen de oposición, para realizar el Diplomado en Cirugía Dermatológica y Dermato-Oncología, en el Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", dependencia del Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Jalisco.

Soy el: \_\_\_\_\_

Dr. / Dra.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ No Dependientes: \_\_\_\_\_  
Dependientes Económicos del solicitante, Hijos, Padres, Hermanos, Etc.

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ País donde habita: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Calle No. Externo / Interno Colonia

Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Pais	Lada.	Teléfono Casa	teléfono Móvil o Celular	Otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar donde efectuó la especialidad de Dermatología: \_\_\_\_\_

Lugar en donde está realizando la especialidad de Dermatología: \_\_\_\_\_

Universidad que avala su residencia de Dermatología:

**Nota: En caso de ser aceptado me comprometo a cumplir con el reglamento interno del Departamento de Cirugía Dermatológica del Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" y sus condiciones disciplinarias así como a cubrir las cuotas impuestas por el mismo Instituto.**

Firma del solicitante