



Salud
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA



Convocatoria 2027-2028
SOLICITUD DE INGRESO
2DA VUELTA

FOTO

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

CURP: _____ R.F.C. con
Homoclave: _____

Nacionalidad: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio Permanente: Calle: _____

Col. _____ Demarcación
Territorial: _____

C.P. _____ Ciudad: _____

Teléfono (casa): _____ N° celular: _____

E-mail(s): _____

**2.- Nombre del
Curso o Posgrado a
Realizar:**

Marque con una ☒ Especialidad
Entrada () Especialidad
Directa Entrada Indirecta () CPAEM ()

Duración: _____ Fecha de inicio y término: _____



2026
año de
**Margarita
Maza**



Salud
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA



3.- DATOS DE LA LICENCIATURA

Universidad donde cursó la licenciatura:

Promedio de Estudios (**indicar escala de 0-10) aplica también para extranjeros:**

Duración (años, especificar fecha de inicio y término):

Cédula Profesional (Número):

Fecha del Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM):

Lugar obtenido en el ENARM:

4.- DATOS DE LA ESPECIALIDAD PREVIA

Especialidad realizada:

Institución de Salud de procedencia, especificar nombre de la Unidad Hospitalaria:

Universidad que avala la especialidad:

Duración (en años, especificar fecha de inicio y término):

Ciudad y País donde realizó la especialidad:

Promedio de Estudios de la especialidad previa (**indicar escala de 0 – 10)) aplica también para extranjeros:**





4.1- DATOS DE LA ESPECIALIDAD ACTUAL:

Especialidad Actual: _____

Institución de Salud de procedencia,
especificar nombre de la Unidad
Hospitalaria:

Universidad que avala la especialidad:

Duración (en años, especificar
fecha de inicio y término):

Ciudad y País donde realizó la especialidad:

Promedio de Estudios de la especialidad
previa (**indicar escala de 0 – 10**)) aplica
también para extranjeros:

5.- IDIOMAS Indicar porcentaje de dominio

IDIOMA (S)	HABLA	TRADUCE	ESCRIBE





Salud
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA



6.- DATOS ADICIONALES

Talla de Bata (MARCAR con X la talla):

MUJER ()

HOMBRE ()

24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

❖ (Si no sabe su talla, favor de verificar en la tabla de equivalencias)

Número de Zapatos: (Marcar con una X su # MEX, NO ES # USA Ó EUR)

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

22.5	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.5	29.5	30.5	31.5
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

❖ (Si no sabe su número, favor de verificar la tabla de equivalencias)

Fecha de Entrega

Firma

Nota: deberá llenar todos los campos de la solicitud, de no ser así, quedará anulada dicha solicitud.

