



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Metropolitano Cum-Usac
Facultad de Ciencias Médicas



**BOLETA DE DATOS PERSONALES DE ESTUDIANTES
DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO HOSPITALARIO
PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA**

CUI (DPI): _____ EXTENDIDO EN _____

REGISTRO ACADÉMICO (CARNÉ): _____

PERIODO DE PRÁCTICA: 01 de febrero 2020 al 31 de enero 2021

LUGAR DE PRÁCTICA (HOSPITAL): _____

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO:

NUMERO DE NIT: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ EDAD: _____ AÑOS
DÍA MES AÑO

TEL. DOMICILIO: _____ TEL. MOVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____ TELÉFONO _____

Firma del Estudiante



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Metropolitano Cum-Usac
Facultad de Ciencias Médicas



**BOLETA PARA PAGO DE LA BOLSA DE ESTUDIOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO HOSPITALARIO**

Adjuntar fotocopia de DPI y del carné universitario

DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

CUI (DPI): _____ EXTENDIDO: _____

REGISTRO ACADÉMICO (CARNÉ): _____

NUMERO DE NIT: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ EDAD: _____ AÑOS
DÍA MES AÑO

ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

TEL. DOMICILIO: _____ TEL MOVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO. _____

Escriba el nombre del Hospital donde hará su práctica.

HOSPITAL: _____ PERÍODO: 01 de febrero al 31 de julio 2020

Firma del Estudiante

LA FIRMA DEBE SER EXACAMENTE IGUAL A LA DE SU DPI