Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Secretaría General

Sistema Bibliotecario

**FORMATO**

**SERVICIO DE ACCESO REMOTO (AR) A LA BIBLIOTECA MÉDICA DIGITAL**

* Llenar el formato con LETRA LEGIBLE

**DATOS DEL USUARIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE SOLICITUD** |  |  |  |
| **Día** | **Mes** | **Año** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |  |  |  |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombre(s)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  |  |  |
| **día** | **mes** | **año** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO DE CUENTA O NÚMERO DE EMPLEADO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TELÉFONO** |  |  |  |
| **Oficina** | **Celular** | **Casa** |

**SITUACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALUMNO DE LA** **FACULTAD DE MEDICINA** |  | **ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA** |  | **OTRO** |  |

**INSCRITO A ACADÉMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **LICENCIATURA EN:** |  |
| **MAESTRÍA EN:** |  |
| **DOCTORADO EN:** |  |
| **ESPECIALIDAD EN:** |  |
| **SUBESPECIALIDAD EN:** |  |
| **OTRO (ESPECIFIQUE):** |  |
| **FECHA DE INSCRIPCIÓN:** |  | **DURACIÓN DEL PROGRAMA****AL QUE ESTÁ INSCRITO:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **HOSPITAL O SEDE:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS ANEXOS**  | **COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN** |  | **CREDENCIAL DE LA FM** |  | **OTRO****(ESPECIFIQUE)** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Solicitante**