

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE TÍTULO PROFESIONAL A NIVEL TÉCNICO SUPERIOR Y TÉCNICO MEDIO
DEL ÁREA DE SALUD DE INSTITUTOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS DE CARÁCTER FISCAL, DE
CONVENIO Y PRIVADO (TITULACIÓN CONJUNTA)**

Nombres y Apellidos: C.I.

Carrera:

Instituto:

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- | | | |
|----|--|--|
| 1. | Original de la boleta de depósito bancario, a nombre de la o el egresado en la Cuenta Corriente Fiscal Recaudadora N° 10000004669343, Ministerio de Educación – Recursos Propios del Banco Unión S.A. | |
| 2. | Fotocopia de Cédula de Identidad vigente y nítida (deberá consignar la firma y aclaración de firma de su titular en el centro del documento). | |
| 3. | Fotocopia Legalizada del Certificado de Egreso legalizado por la Dirección Departamental de Educación y la Escuela de Salud que corresponda. | |
| 4. | Formulario Académico (Declaración Jurada) suscrita por la Máxima Autoridad y el responsable de verificación de la Institución Educativa y debidamente refrendado por la Dirección Departamental de Educación correspondiente. | |
| 5. | Tres fotografías a color actuales de estudio fotográfico, tamaño 4cm x 4cm, con fondo rojo, tomadas de frente, sin lentes, sin margen impreso en papel mate y con uniforme. Las fotografías deben estar insertas en bolsa ziploc transparente. | |

Manifiesto en carácter de declaración jurada, que la información proporcionada es correcta y que los documentos adjuntos al presente formulario son auténticos, asumiendo total responsabilidad sobre la legalidad de los mismos.

Firma y pie de firma de Autoridad
Ejecutiva del Instituto

Sello Institucional

Fecha: ____/____/____

NOTA. - Todos los documentos deben ser presentados conforme a los requisitos (ordenados), foliados y en un FOLDER AMARILLO T/OFICIO (sujetados con fastener); en la tapa debe llevar los datos personales, teléfono y dirección del interesado(a) y numero de contacto de la institución.