

PLANILLA OREMED-06
SOLICITUD DE EQUIVALENCIAS

APELLIDOS:

NOMBRES:

Nacionalidad: N° de Cédula SEXO

DIRRECCIÓN DE HABITACIÓN:

CUIDAD: ESTADO:

PAÍS: NUMERO DE TELEFONO DE HABITACIÓN:

NUMERO DE TELEFONO CELULAR: CORREO ELECTRÓNICO:

TITULO :

EXTENSIÓN A SOLICITAR: MODALIDAD DE EQUIVALENCIA:

REQUISITOS:

- PLANILLA DE SOLICITUD DE EQUIVALENCIA
- CARTA DIRIGIDA A LA COMISIÓN DE EQUIVALENCIAS. (MOTIVOS DE SOLICITUD)
- PENSUM: SELLADOS Y FIRMADOS
- PROGRAMAS: SELLADOS Y FIRMADOS
- PARTIDA DE NACIMIENTO ORIGINAL
- NOTAS DE BACHILLERATO ORIGINALES CON SUS TIMBRES FISCALES (HOMOLOGADAS EN LA ZONA EDUCATIVA SI ES GRUADO EN EL EXTRANJERO)
- COPIA DEL TITULO DE BACHILLER (HOMOLOGADAS EN LA ZONA EDUCATIVA SI ES GRUADO EN EL EXTRANJERO)
- COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD
- 3 FOTOS TIPO CARNET
- CONSTANCIA DE BUENA CONDUCTA ORIGINAL
- ORIGINAL FONDO NEGRO CERTIFICADO POR LA UNIVERSIDAD DEL TITULO DE EGRESADO (SI APLICA)
- CONSTANCIA DE CALIFICACIONES GLOBALES ORIGINALES (APROBADAS Y REPROBADAS SELLADAS Y FIRMADAS) (CERTIFICADAS)
- COPIA DE INSCRIPCIÓN MILITAR
- TENER MAS DEL 25% DE MATERIAS APROBADAS EN LA CARRERA DE ORIGEN
- TENER MENOS DEL 75% DE MATERIAS APROBADAS EN LA CARRERA DE ORIGEN
- COPIA DE LA OPSU
- CARPETA MARRON

NOTA: Todos los requisitos deberán ser consignados en una carpeta tipo portafolio y entregados en la taquilla de la Oficina de Registros Estudiantiles de Medicina (ORE-MEDICINA) en el lapso establecido.

FECHA SOLICITUD: _____

FECHA DE RECIBIDO POR ORE-MEDICINA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL EMPLEADO Y SELLO ORE-MEDICINA