



# INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

## CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD MILPA ALTA



### COMPROBANTE DE INSCRIPCION

BOLETA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

LICENCIATURA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_



SELLO

GRUPO	DESCRIPCION	PERIODO	SEDE

NOTA ACLARATORIA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA