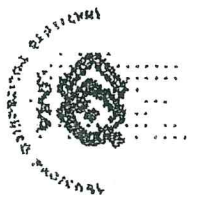




INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD MILPA ALTA



COMPROBANTE DE INSCRIPCION

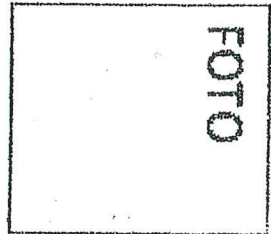
BOLETA: _____

NOMBRE: _____

LICENCIATURA: _____

TELEFONO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____



FOTO

SELLO

GRUPO	DESCRIPCION	PERIODO	SEDE

NOTA ACLARATORIA:

FIRMA