



**COMPROBACIÓN DE REQUISITOS
REGISTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DE ENFERMERIA Y AFINES**

Nombre _____ **Cédula:** _____ **Licencia:** _____

REQUISITOS

PS	UDP	
☐	☐	Formulario de solicitud de trámite.
☐	☐	Carta dirigida a la Junta Directiva, solicitando el reconocimiento.
☐	☐	Copia del título del Posgrado en Enfermería o Afín
		Nombre Posgrado: _____ Universidad: _____ Año: _____
☐	☐	Certificación de notas.
☐	☐	Certificación de inscripción del título de Posgrado en el CONESUP o CONARE según corresponda. Para estudios de Posgrado realizados en el extranjero presentar equiparación de CONARE.
☐	☐	Copia del Título de Bachillerato en Educación Media. Año: _____
☐	☐	Copia del título de Licenciatura en Enfermería: Universidad: _____ Año: _____
☐	☐	Copia del título de Posgrado: Universidad: _____ Año: _____
☐	☐	Comprobante de pago _____

Firma del solicitante: _____



Uso exclusivo de la Institución

Revisado Plataforma de Servicios:

Fecha:

Revisado Bach. Cindy Villalobos Trejos

Asistente Administrativa

Fecha:

Unidad Desarrollo Profesional:

Revisado Dra. Yirlanny Moreira Rodríguez

Coordinadora

Fecha:

Unidad de Desarrollo Profesional