

**SOLICITUD DE MATRICULACIÓN**

**CERTIFICACION SUPERIOR: ENFERMERIA EN CUIDADOS CRÍTICOS**

**CICLO 2024**

Apellidos

Nombres

DNI

Email

Confirmar E-mail

Teléfono

Año	Espacio curricular	Situación Académica					Modalidad de cursada		
		Regularizó	Acreditó	Se inscribe	Cohorte	Atraso académico	Recursante	Presencial	Libre
<b>Ciclo Único</b>	Contextualización de la Enfermería en Cuidados Críticos								
	Principales enfermedades en la Unidad de Cuidados Críticos								
	Gestión en Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos								
	Prácticas Profesionalizantes en Cuidados Críticos								

La presente solicitud tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

Declaro conocer el régimen académico marco y el régimen de correlatividades del plan de estudios de la carrera en la que me estoy matriculando en este acto.

Fecha:

Firma: .....

Aclaración: