



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO

Formulario de inscripción a Cursos de Formación Permanente

Nombre del curso al que se inscribe:

Serie y n° de recibo o n° del talón de depósito:
(sin este dato no será válida la inscripción)

Nombre y apellido:

Domicilio:

Procedencia:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Profesión:

Año de egreso:

Institución donde trabaja:

Cargo que ocupa:

Años de ejercicio profesional:

¿A través de qué medio se informó del curso?

¿Qué lo motivó a realizar el curso?

¿Ha realizado otros cursos de Formación Permanente en la Facultad de Enfermería u otras instituciones desde 1997?

¿Qué dificultades identificó a la hora de participar de cursos de Formación Permanente?

Sugerencias: