

# EUNACOM-ST (Examen único nacional de conocimientos de Medicina)

## Inscripción para Sección Teórica

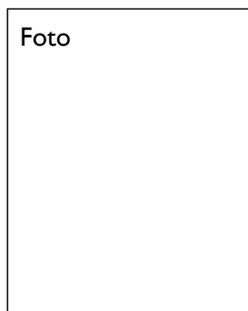
Fecha de inscripción        
 (Anote sólo al momento de inscribirse) día mes año

Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Foto



Identificación

C: Carnet de identidad chileno  
 P: Pasaporte extranjero

Número del documento de identificación

País de Nacionalidad

Fecha de nacimiento

día mes año

País donde obtuvo el título de médico

Fecha del título

día mes año

Universidad que le otorgó el título de médico

Dirección en Chile

Ciudad de residencia en Chile

Teléfono de contacto

Teléfono de contacto

Email de contacto

Preferencias para el lugar de rendición	
Indique su primera preferencia con un "1" y su segunda preferencia con un "2". Sólo puede marcar dos ciudades.	
Antofagasta	
Concepción	
Coquimbo	
Puerto Montt	
Punta Arenas	
Reñaca	
Santiago	
Talca	
Temuco	
Valdivia	
Viña del Mar	

El examen se regirá por la normativa vigente al momento de la fecha de inscripción y será obligación del examinado mantenerse informado respecto a los procedimientos del examen.

Entiendo que el correo electrónico que indico es el medio oficial de contacto con EUNACOM.

Estoy dispuesto a rendir el examen en Santiago si ASOFAMECH no consigue plazas en mis ciudades de preferencia.

He revisado los datos entregados en este formulario y declaro que la información es fidedigna.

He leído la normativa vigente y estoy de acuerdo en sus términos.

-----  
 Firma del interesado  
 Firme sólo al momento de inscribirse