

EUNACOM *(Examen único nacional de conocimientos de Medicina)*

Homologación de la sección práctica

(Anote la fecha sólo al momento de presentarse a homologar)

Fecha de inscripción

día	mes	año					

Nombres

--

Primer apellido

--

Segundo apellido

--

Identificación

<input type="checkbox"/>	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

--

El email es el medio oficial de contacto entre el examinado y el EUNACOM.

Solicito homologación de SP por convenio bilateral.

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

Solicito homologación de SP por Reválida de título en U. de Chile

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 presentarse a homologar)