



**INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
TECNOLOGICO PRIVADO
"CIENCIAS DE LA SALUD"**
R.M. N° 321-2001-ED / R.D. N° 0883-2012-ED
INSTITUTO DE EMPRENDEDORES

FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITE (FUT)

N° _____

SOLICITO:	
------------------	--

SEÑOR (A) DIRECTOR (A) DEL INSTITUTO "CIENCIAS DE LA SALUD"
MG. LILIA IPUSHIMA ACHO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO

USUARIO:					
ALUMNO () EGRESADO () DOCENTE () PADRE DE FAMILIA () OTROS ().....					
SITUACIÓN PERSONAL (Marcar con una x)					
ESPECIALIDAD	CICLO			TURNO	CELULAR
TECNICA EN ENFERMERIA ()	I	II	III	MAÑANA ()	
LABORATORIO CLINICO ()				IV	
TECNICO EN FARMACIA ()				NOCHE ()	
DNI	CORREO ELECTRÓNICO				
DOMICILIO: Urb. Jr. Psj. calle	CIUDAD	DISTRITO	PROVINCIA		

FUNDAMENTACIÓN:

Documentos que Adjunta:

Pucallpa.....dedel 2022	RECEPCIÓN
..... FRMA	