UNIVERSIDAD VERACRUZANA FACULTAD DE MEDICINA XALAPA FORMATO E.R.2

**HOJA DE REGISTRO PARA EXPERIENCIA RECEPCIONAL**

**Facultad de Medicina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y firma del estudiante** | | |  | | | | | | | |
| Matrícula | | | | Teléfono | | | | | | Correo electrónico |
|  | | | |  | | | | | |  |
| **Modalidad y datos del trabajo recepcional** | \*Modalidad : Tesis ( ) Monografía ( ) Reporte de caso ( )  Tipo de investigación: Inv. Médica ( ) Inv. Educativa ( ) Academia de conocimiento:  Morfológicas ( ) Fisiológica ( ) Clínica ( ) Socio médica ( ) Terminales ( )  \*\*Línea de generación del área del conocimiento (LGAC):  \*\*Institución de salud o Entidad académica donde se desarrolló el trabajo recepcional: | | | | | | | | | |
| **Título del trabajo recepcional** | |  | | | | | | | | |
| **Nombre y firma del Profesor de Experiencia Recepcional** | | | | | |  | | | | |
| **Nombre y firma del Director del trabajo recepcional** | | | | | |  | | | | |
| Institución de salud o Entidad académica donde se desarrolló el trabajo recepcional: | | | | | | | |  | | |
| Correo(s) electrónico(s): | | | | | | | | | Teléfono(s): | |
|  | | | | | | | | |  | |
| **Nombre y firma de Coodirector del trabajo recepcional** (en caso de tenerlo) | | | | | | |  | | | |
| Institución de salud o Entidad académica donde se desarrolló el trabajo recepcional: | | | | | | | |  | | |
| Correo(s) electrónico(s): | | | | | | | | | Teléfono(s): | |
|  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Periodo de inscripción** | | | | | Primera inscripción ( ) Segunda inscripción ( )  Febrero/julio 2022 ( ) Agosto 2021/Enero 2022 ( ) | | | | | |

Xalapa, Ver., a de de .

\*Entregar formato E.R.3 a Coordinación de Experiencia Recepcional

\*\*Entregar formato E.R.4 a Coordinación de Experiencia Recepcional MAGV2020