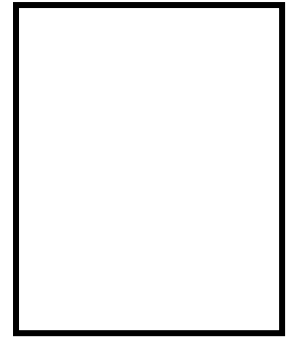


INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PRIVADO  
**"IBEROAMERICANO"**  
RESOLUCIÓN N° 134 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
TUMBES



## FICHA DE MATRICULA

Lugar y Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

### PROGRAMA DE ESTUDIOS

1. Enfermería

3. Fisioterapia y Rehabilitación

2. Farmacia

### INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Referencia: \_\_\_\_\_

Facebook: \_\_\_\_\_ Whats App: \_\_\_\_\_

Correo E-mail: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Enfermedades Actuales de Cuidado: \_\_\_\_\_

Llenar en caso que el estudiante trabaje:

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ESTUDIANTE  
DNI: \_\_\_\_\_