****

**Registro de Optativa Profesional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alumno:** *Nombre completo* | **Matrícula:** *Matrícula A00* | **Fecha:** *DD / MM / AAAA* |
| **Teléfono:** *Ingresar XXXXXXXXXX* | **Carrera:** *Carrera MC, LNB* | **Generación:** *Generación XX* |

**Optativa a realizar** *Nombre**de la Especialidad / Subespecialidad en la que realizará su Optativa.* **Sede:** *Sede Nacional*

**Período de Rotación: del**  *Primer día* **al** *Último día* **No. de semanas** *XX*

**Profesor** *Nombre Completo del Profesor* **Especialidad:** *Especialidad / Subespecialidad* **Tel:** *XXXXXXXXXX*

**e-mail:** *Favor de ingresar el correo electrónico* **N° Nómina:** *L0XXXXXXX*

**\*Materias que recursará durante la Optativa:** *Nombre de la materia que se recursará*

Formato adjunto🖵  *(\*sólo aplica en caso de que se vaya a recursar una materia anteriormente reprobada*)

**Descripción de Actividades a Realizar / Adjuntar Programa de la materia / Objetivos** (Actividades, frecuencia, horario, lugar)**:**

*Favor de redactar en este espacio las actividades, frecuencias, etc.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y firma |  | Nombre y firma |
| Coordinador(es) Académico(s) |  | Profesor / Tutor |
|  |  |  |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dr. José Antonio Díaz Elizondo |  | Dr. Luis Andrés Arreguín Bribiesca |
| Director de Ciencias Clínicas MTY |  | Coordinador Optativas Monterrey |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dr. Luis Alonso Morales Garza |
| Director de Programa Médico Cirujano MTY |

🖵 Programa de Optativa adjunto. Fecha recepción de Registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_