



**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
Departamento de Enfermería  
**ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**



[FORMATO PARA CURRICULUM VITAE]

EE-A02

**Nombre completo:**

Apellido paterno:	Apellido materno:
Nombre (s):	Correo electrónico:

**Datos académicos**

**Institutos en las que cursó sus estudios:**

Institución	Lugar	Fecha de inicio	Fecha de término
Primaria			
Secundaria o equivalente			
Preparatoria o equivalente			

Institución	Lugar	Disciplina, título o grado	Fecha de inicio	Fecha de término
Estudios profesionales o equivalentes <u>no</u> concluidos				
Estudios profesionales o equivalentes concluidos				
Posgrado <u>no</u> concluido				
Otros estudios superiores				

**Cursos o diplomados recibidos**




**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
 División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
 Departamento de Enfermería  
**ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**



[FORMATO PARA CURRICULUM VITAE]

EE-A02

Modalidad de titulación en Licenciatura (en caso de Tesis o disertación anotar título):


Trabajos publicados


Conocimiento de idiomas (marque con una "X" el espacio pertinente para cada categoría)

Idioma	Lectura			Conversación			Escritura		
	Excelente	Bueno	Regular	Excelente	Bueno	Regular	Excelente	Bueno	Regular

Manejo de software y equipo de cómputo

Software	Mencione cuáles	Nivel		
		Excelente	Bueno	Regular
Procesador de palabras				
Hoja electrónica				
Base de datos				
Internet				
Correo electrónico				
Otros				



**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
**División de Ciencias Biológicas y de la Salud**  
**Departamento de Enfermería**  
**ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**



[FORMATO PARA CURRICULUM VITAE]

EE-A02

Empleos desempeñados o cargos y actividades profesionales, docentes o de investigación ocupados (comience por el más reciente). En caso necesario, utilice otra hoja.

Cargo o posición	Nombre y lugar	Ciudad	Fecha inicio	Fecha término

Referencias. Indique tres profesionistas de su especialidad que puedan dar referencias de Usted.

Nombre	Especialidad o cargo	Institución

Becas recibidas para estudios profesionales.

Organización ó Institución	Fecha de inicio	Fecha de término	Propósito, Institución y País

En caso de contar con beca para realizar sus estudios, indique el organismo o la institución que se la otorgará.


Declaro que la información proporcionada en el presente documento es verídica.

Lugar y fecha