**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**Concurso para la Selección de ingresantes de Residencias de Ciencias de la Salud (El presente formulario debe ser presentado completo por todos los postulantes al momento de la inscripción)**

**ESPECIALIDAD EN CONCURSO**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**SEDE DE LA UNIDAD DE RESIDENCIA**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**SEDE SELECCIONADA PA RENDIR EL EXAMEN**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**DATOS PERSONALES**

**APELLIDO**

**………………………………………………………………………………………………………………………………..…………**

**NOMBRES**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..……**

**DNI N°**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..……**

**ESTADO CIVIL**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………...…**

**DOMICILIO REAL**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**LOCALIDAD**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**TELEFONO FIJO**

**………………………………………..………………………………………………………………………………………..…………**

**CEL**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**EMAIL**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**TITULO PROFESIONAL**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ORGANISMO QUE LO OTORGA**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**FECHA……………………………………….**

**MATRICULA PROFESIONAL N°**

**………………………………………………………………………………………………………………**

**ORGANISMO QUE LO OTORGO**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***Declaro conocer la normativa vigente que rige al actual Sistema de Residencias de Ciencias de la Salud y sus modificatorias al momento de la inscripción; como así también el programa de la Especialidad para el cual me postulo.***

**………………………………………………**

**Firma**

**-----------------------------------**

**Aclaración**

**-----------------------------------**

**DNI**

|  |
| --- |
| **EL SIGUIENTE FORMULARIO REVISTE EL CARÁCTER DE DECLARACION JURADA, DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR NI FALSEAR NINGUN DATO Y SUJETA A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES.** |

**DEPARTAMENTO DE DOCENCIA CAPACITACION E INVESTIGACION**