



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.