

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES
SUBSECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA RESIDENCIAS DE SALUD

AÑO 2020

(LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE)

FACULTAD _____ DE _____ EGRESO: _____

UNIVERSIDAD: _____

TITULO OBTENIDO: _____

FECHA DE EGRESO: ____/____/____ AÑOS DE EGRESADO: _____

ESPECIALIDAD A CONCURSAR: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS: _____

DNI: _____ CUIL/CUIT: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROMEDIO GENERAL DE CALIFICACIONES: (PROMEDIO ACADEMICO): _____

REGISTRA APLAZOS: SI NO

DOMICILIO LEGAL

CALLE: _____ N° _____ PISO: _____ DEPTO: _____ BARRIO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO FIJO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

CORREO E-MAIL: _____

LA ACEPTACIÓN FINAL DE LA INSCRIPCIÓN ESTARÁ SUPEDITADA AL CUMPLIMIENTO DE TODOS
LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA NORMATIVA VIGENTE.
