

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE MISIONES  
SUBSECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS  
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA RESIDENCIAS DE SALUD  
AÑO 2021

(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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_