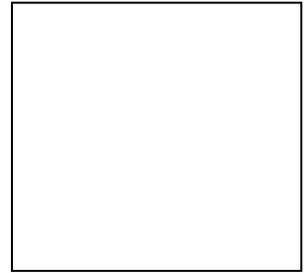


FOTO



FOTO

**CONCURSO DE RESIDENCIAS DE LA SALUD AÑO 2017
COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYUSCULA**

INSCRIPCIÓN A CUPO JERARQUIZADO SI _____ NO _____

(Si la opción es SI, adjuntar los requisitos según Reglamento de Concurso)

REGIÓN DE SALUD QUE SE INSCRIBE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° _____

APELLIDO _____

NOMBRE COMPLETO _____

DOMICILIO RESIDENCIA ACTUAL:

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DPTO. _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

PROVINCIA _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

PROFESION _____

MATRICULA _____

GRADUADO EN LA UNIVERSIDAD DE _____

TITULO EN TRAMITE _____

FECHA INGRESO _____

FECHA DE OBTENCION DEL TITULO _____

PROMEDIO DE LA CARRERA CON APLAZOS _____

ESPECIALIDAD A LA QUE SE INSCRIBE _____

Email de contacto: _____

FIRMA

ACLARACION



Santa Fe,..... de..... de 2017.-

Señora Directora
Residencias de la Salud
Dra. Gabriela García
S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a los efectos de solicitarle quiera tener a bien inscribirme en el Concurso de Residencias de la Salud, ingreso a 1º Año, en la especialidad _____

Asimismo, declaro conocer el Reglamento de Concurso de Residencias de la Salud año lectivo 2017, condiciones y calendario para la tramitación del mismo.

Este año mi inscripción es para Cupos de plazas JERARQUIZADOS _____ o para Cupos de plazas GENERALES _____.

Sin otro particular, saludo a Usted atentamente.-



DIRECCION DE RESIDENCIAS DE LA SALUD

CONCURSO DE RESIDENCIAS DE LA SALUD AÑO 2017
COMPROBANTE DE INSCRIPCION PARA EL ASPIRANTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N° _____

APELLIDO _____

NOMBRE COMPLETO _____

ESPECIALIDAD A LA QUE SE INSCRIBE _____

INSCRIPCION A CUPO JERARQUIZADO: SI _____ NO _____

REGION DE SALUD: NODO _____

CANTIDAD DE FOLIOS ENTREGADOS _____

INSCRIPCION EN SANTA FE ROSARIO

LUGAR DE EXAMEN _____

FIRMA Y SELLO