



SOLICITUD DE INSCRIPCION PASANTÍA RURAL

Modelo Elaborado en fecha: 24/03/2015

Asunción,dede 201.....

Dr. Angilberto Paredes Meza, Director General
Instituto Nacional de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de solicitar mi inscripción en el Programa de Pasantía Rural

Nombres y Apellidos (completo):	
Sexo	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>
Cédula de identidad N°:	
Registro profesional N°:	Solicitud Registro Provisorio:
Fecha de nacimiento:/...../.....	Lugar:
Nacionalidad:	
Estado civil:	Soltero/a: <input type="checkbox"/> Casado/a: <input type="checkbox"/>
Domicilio: (Incluir N° de casa):	
Barrio:	Ciudad:
Teléfono línea baja:	Celular:(09.....)
Correo electrónico:	
Profesión:	
Egresado/a de la Universidad de:	
NACIONALES <input type="checkbox"/> PRIVADAS DE PARAGUAY <input type="checkbox"/> EXTRANJERO CON TITULO RECONOCIDO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO CON TITULO HOMOLOGADO <input type="checkbox"/>	
Egresado en la Facultad de:	
Año de Egreso:	
Especialista en:	

TRES OPCIONES DE LUGARES PARA PRESTAR SERVICIO

1. REGION SANITARIA.....LOCALIDAD:.....
2. REGION SANITARIA.....LOCALIDAD:.....
3. REGION SANITARIA.....LOCALIDAD:.....

- | | |
|---|---|
| 1. HOSPITAL REGIONAL <input type="checkbox"/> | HOSPITAL DISTRITAL <input type="checkbox"/> |
| 2. HOSPITAL REGIONAL <input type="checkbox"/> | HOSPITAL DISTRITAL <input type="checkbox"/> |
| 3. HOSPITAL REGIONAL <input type="checkbox"/> | HOSPITAL DISTRITAL <input type="checkbox"/> |

PERIODO DE PASANTIA: DESDE:...../...../.....; **HASTA:**...../...../.....

Manifiesto estar informado sobre los documentos y requisitos a ser presentados. (Anexo 1)
Sin otro particular, y asumiendo plena responsabilidad sobre los datos consignados,
aprovecho la oportunidad para saludarle muy atentamente,

.....
Firma del interesado/a

Dirección de Residencias Médicas Vo. Bo.
Aclaración:



ANEXO 1 PASANTÍA RURAL DOCUMENTACION REQUERIDA PARA INSCRIPCION

Modelo Elaborado en fecha: 24/03/2015

Nombres y Apellidos:	
C.I.Nº:	
Lugar de Pasantía:	
Hospital de Pasantía:	
Tipo de Pasantía a realizar (Marque con una X, según corresponda):	a. Profesionales No Médicos y Médicos Egresados en el Exterior, Régimen de Excepción <input type="checkbox"/> b. Profesionales No Médicos y Médicos Egresados en el Exterior, con Título Reconocido <input type="checkbox"/> c. Profesionales No Médicos y Médicos Egresados en el Exterior, con Título Homologado <input type="checkbox"/> d. Médicos Egresados de Instituciones formadoras con convenio con el MSPBS <input type="checkbox"/>

Nº	DOCUMENTOS GENERALES	SI	NO
1	1 (UN) CURRÍCULUM VITAE		
2	3 (TRES) FOTOS CARNET ACTUALIZADAS		
3	2 (DOS) FOTOCOPIAS DE CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE, AUTENTICADAS POR ESCRIBANÍA.		
4	CERTIFICADO DE ANTECEDENTE POLICIAL VIGENTE ORIGINAL O FOTOCOPIA AUTENTICADA POR ESCRIBANÍA (FIRMADA POR EL INTERESADO/A).		
5	CERTIFICADO DE ANTECEDENTE JUDICIAL VIGENTE ORIGINAL O FOTOCOPIA AUTENTICADA POR ESCRIBANÍA (FIRMADO POR EL INTERESADO/A).		
6	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIOS (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
7	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO, (AUTENTICADA POR ESCRIBANÍA)		

Nº	DOCUMENTOS ESPECIFICOS, SEGÚN TIPO DE PASANTIA	SI	NO
a. PROFESIONALES NO MÉDICOS Y MÉDICOS EGRESADOS EN EL EXTERIOR, RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN			
1	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL RECONOCIMIENTO Y/U HOMOLOGACION DEL TITULO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
2	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE INSCRIPCION DEL TITULO EN EL ORGANISMO COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
3	REGISTRO PROFESIONAL PROVISORIO (ORIGINAL)		

Nº	DOCUMENTOS ESPECIFICOS, SEGÚN TIPO DE PASANTIA	SI	NO
b. PROFESIONALES NO MÉDICOS Y MÉDICOS EGRESADOS EN EL EXTERIOR, CON TITULO RECONOCIDO			
1	1 (UNA) FOTOCOPIA DE LA RESOLUCION DEL RECONOCIMIENTO DEL TITULO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
2	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE INSCRIPCION DEL TITULO EN EL ORGANISMO COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
3	CERTIFICADO DE INSCRIPCION DEL TITULO EN EL ORGANISMO COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
4	REGISTRO PROFESIONAL PROVISORIO (ORIGINAL)		

Nº	DOCUMENTOS ESPECIFICOS, SEGÚN TIPO DE PASANTIA	SI	NO
c. PROFESIONALES NO MÉDICOS Y MÉDICOS EGRESADOS EN EL EXTERIOR, CON TITULO HOMOLOGADO			
1	1 (UNA) FOTOCOPIA DE LA RESOLUCION DE LA HOMOLOGACION DEL TITULO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
2	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE INSCRIPCION DEL TITULO EN EL ORGANISMO COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
3	REGISTRO PROFESIONAL PROVISORIO (ORIGINAL)		

Nº	DOCUMENTOS ESPECIFICOS, SEGÚN TIPO DE PASANTIA	SI	NO
d. MEDICOS EGRESADOS DE INSTITUCIONES FORMADORAS CON CONVENIOS CON EL MSPBS			
1	1 (UNA) FOTOCOPIA DEL REGISTRO PROFESIONAL (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		

.....
Firma del interesado/a

Dirección de Residencias Médicas Vo. Bo.
Aclaración: