



## SOLICITUD DE INSCRIPCION PASANTÍA RURAL

Modelo Elaborado en fecha: 24/03/2015

Asunción, .....de .....de 201.....

Dr. José Luis Molinas Noveri, 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

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

### TRES OPCIONES DE LUGARES PARA PRESTAR SERVICIO

1. REGION SANITARIA.....LOCALIDAD:.....

2. REGION SANITARIA.....LOCALIDAD:.....

3. REGION SANITARIA.....LOCALIDAD:.....

1. HOSPITAL REGIONAL       HOSPITAL DISTRITAL

2. HOSPITAL REGIONAL       HOSPITAL DISTRITAL

3. HOSPITAL REGIONAL       HOSPITAL DISTRITAL

**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

<b>Nombres y Apellidos:</b>	
<b>C.I.Nº:</b>	
<b>Lugar de Pasantía:</b>	
<b>Hospital de Pasantía:</b>	
<b>Tipo de Pasantía a realizar</b> (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	<b>1 (UN)</b> CURRÍCULUM VITAE		
2	<b>3 (TRES)</b> FOTOS CARNET ACTUALIZADAS		
3	<b>2 (DOS)</b> 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	<b>1 (UNA)</b> FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIOS (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
7	<b>1 (UNA)</b> FOTOCOPIA DEL TÍTULO UNIVERSITARIO, (AUTENTICADA POR ESCRIBANÍA)		

Nº	DOCUMENTOS ESPECIFICOS, SEGÚN TIPO DE PASANTIA	SI	NO
<b>a. PROFESIONALES NO MÉDICOS Y MÉDICOS EGRESADOS EN EL EXTERIOR, RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN</b>			
1	<b>1 (UNA)</b> FOTOCOPIA DEL RECONOCIMIENTO Y/U HOMOLOGACION DEL TITULO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
2	<b>1 (UNA)</b> 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>b. PROFESIONALES NO MÉDICOS Y MÉDICOS EGRESADOS EN EL EXTERIOR, CON TITULO RECONOCIDO</b>			
1	<b>1 (UNA)</b> FOTOCOPIA DE LA RESOLUCION DEL RECONOCIMIENTO DEL TITULO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
2	<b>1 (UNA)</b> 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
<b>c. PROFESIONALES NO MÉDICOS Y MÉDICOS EGRESADOS EN EL EXTERIOR, CON TITULO HOMOLOGADO</b>			
1	<b>1 (UNA)</b> FOTOCOPIA DE LA RESOLUCION DE LA HOMOLOGACION DEL TITULO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		
2	<b>1 (UNA)</b> 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>d. MEDICOS EGRESADOS DE INSTITUCIONES FORMADORAS CON CONVENIOS CON EL MSPBS</b>			
1	<b>1 (UNA)</b> FOTOCOPIA DEL REGISTRO PROFESIONAL (AUTENTICADA POR ESCRIBANIA)		

.....  
**Firma del interesado/a**

Dirección de Residencias Médicas Vo. Bo.
Aclaración: