



CONAREM

COMISION NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS
FORMATO A



FORMULARIO DE POSTULACION AL CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA DE SUBESPECIALIDADES DE LA CONAREM 2019

**SEÑORES
MIEMBROS DE LA COMISION DE SELECCIÓN
CONCURSO DE ACCESO A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS 2019**
Presente

El/la que suscribe (NOMBRE COMPLETO) _____, con C.I. N° _____, tiene el agrado de dirigirse a los Señores Miembros de la Comisión de Selección del Concurso de ingreso a la Residencia Medica (CONAREM), con el objeto de presentar su postulación a la vacancia del cargo de Médico Residente de Subespecialidades, conforme a la convocatoria al Concurso de ingreso a la Residencia Médica de Subespecialidades, declarando los siguientes datos:

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Cedula de Identidad :
Apellido Materno:	Email:
Nombre:	Teléfono:
Edad: Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono móvil
Sexo: Lugar de Nacimiento:	Registro profesional N°
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	
Dirección particular exacta: Calle: _____ e/ calle Numero de Casa: Barrio: Ciudad: Departamento:	

DATOS ACADÉMICOS

Año de ingreso a la Residencia Medica:	Unidad Formadora:
Año de egreso de la residencia:	
Especialidad concluida:	
Título Obtenido:	

VINCULO LABORAL

Cantidad de Vinculo laboral actual :
Nombre del Hospital y/o Sanatorio en el cual o cuales presta servicio:
Horario semanal por cada vinculo :

SUBESPECIALIDAD DE PREFERENCIA (Citar tres, en orden de preferencia)

1°
2°
3°

DECLARO EXPRESAMENTE

<ul style="list-style-type: none"> Que he leído el Reglamento de Concurso, los perfiles y las matrices del presente llamado a Concurso y estoy conforme con lo establecido en las mismas y comprometido/a a ajustarme a ellas. No contar con inhabilitación alguna para el ingreso a la Función Pública, de conformidad a las disposiciones contenidas en el Capítulo II de la Ley 1626/00 “De la Función Pública”. Que las documentaciones e informaciones proporcionadas en el presente formulario y en mi carpeta de presentación de méritos y aptitudes son veraces y auténticos. Que conozco el Reglamento vigente de las Residencias Medicas de la CONAREM y asumo el compromiso de acatarlo fielmente como así también todas las disposiciones internas y reglamentos de la UNIDAD FORMADORA seleccionada. Estar en conocimiento que el Residente de subespecialidades puede ejercer únicamente una actividad profesional fuera de su Programa de Residencia Medica de hasta 24 horas siempre que no afecte el horario estipulados para la formación médica y se compromete a acatar dicha disposición en el caso de acceder a una vacancia en el presente concurso Autorizo mediante la presente, que cualquier persona natural o jurídica, suministre a ustedes toda la información que consideren necesaria para confirmar la veracidad de la misma. En caso de comprobarse cualquier falta a la verdad en la información que presento, me doy por notificado para que ustedes me excluyan del presente proceso de selección.

Firma del Postulante.....	Recibido y Verificado por.....
Recibo de Pago del arancel N°.....	Firma del perceptor