



**FORMATO A**  
**FORMULARIO DE POSTULACIÓN A LA SELECCIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD 2022.**  
**PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS"**

**SEÑORES**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE SELECCIÓN DE ACCESO A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS 2022.**

**Presente**

El/la que suscribe (NOMBRE COMPLETO) \_\_\_\_\_, con Cedula de Identidad N° \_\_\_\_\_, tiene el agrado de dirigirse a los Señores Miembros de la Comisión de Selección en el marco del **PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS"** con el objeto de presentar su postulación a la vacancia del cargo de Médico Residente de la ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, conforme a la convocatoria a la selección de Médicos Residentes de Medicina Familiar, declarando los siguientes datos:

**DATOS PERSONALES**

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

**DATOS ACADÉMICOS**

Universidad de ingreso:	Año:
Facultad:	
Universidad de egreso:	Año:
Facultad:	
Carrera Acreditada: <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> Resolución de ANEAES N°:	Fecha:
Título Obtenido:	

**DECLARACIÓN DE VÍNCULO LABORAL (PÚBLICO Y/O PRIVADO)**

Cantidad de Vínculo/s Laboral/es
Nombre de la entidad/es en la cual/es trabaja

**DECLARO EXPRESAMENTE**

- Que he leído el Reglamento de la Selección del presente llamado y estoy conforme con lo establecido en el mismo y comprometido a ajustarme a él.
- 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 Médicas de la CONAREM y el Reglamento vigente del PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR "DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS" asumo el compromiso de acatarlo fielmente como así también todas las disposiciones internas y reglamentos de la UNIDAD FORMADORA designada.
- Estar en conocimiento de que el Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR no puede ejercer ninguna



TESAJ HA TEKO  
PORAVE  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

actividad profesional fuera de su Programa de Residencia Médica y se compromete a acatar dicha disposición en el caso de acceder a una vacancia en la presente selección.

- Autorizo mediante la presente, que cualquier persona natural o jurídica, suministre a la Comisión de Selección toda la información que consideren necesaria para confirmar la veracidad de lo declarado en la presente. Me doy por notificado de que la Comisión de Selección, en caso de comprobarse cualquier falta a la verdad en la información que presento, me excluirá del presente proceso de selección.

Firma del Postulante \_\_\_\_\_

Recibido y Verificado por \_\_\_\_\_