Profesionales **Médicos**

Elaborado: **18/05/2020**CIRCULAR DGRRHH N°**19/2017**\_Requisitos de Contratación

Asunción,.........de...............................de 20...…

Señor

***Dr. JOSE LUIS MOLINAS,*** Director General

Instituto Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, Paraguay

Quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicita **CONSTANCIA/S**, según corresponda:

**MEDICOS QUE NO REALIZARON RESIDENCIAS MEDICAS POR LA CONAREM**🞏

|  |
| --- |
| *Se emitirán las siguientes constancias*: *Marcar la cantidad requerida*: x     * NO ESTAR REGISTRADO EN LA BASE DE DATOS DE LA CONAREM   **1**  **3**  **2**   * NO ESTAR OBLIGADO A REALIZAR LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS   **3**  **2**  **1**  **Requisitos documentales**:   * Fotocopia simple (legible) de CEDULA DE IDENTIDAD * Fotocopia simple de REGISTRO PROFESIONAL vigente |

1. **MEDICOS QUE REALIZARON RESIDENCIAS MEDICAS POR LA CONAREM, PERO NO ESTAN OBLIGADOS A LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS**🞏

|  |
| --- |
| *Se emitirán las siguientes constancias*: *Marcar la cantidad requerida*: x    **1**  **3**  **2**  **1**  **3**  **2**   * DE HABER INGRESADO POR LA CONAREM * NO ESTAR OBLIGADO A REALIZAR LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS   **Requisitos documentales**:   * Fotocopia simple (legible) de CEDULA DE IDENTIDAD * Fotocopia simple del Certificado de Culminación Residencia Médica, emitida por la Unidad Formadora |

1. **MEDICOS QUE REALIZARON RESIDENCIAS MEDICAS POR LA CONAREM, Y ESTAN OBLIGADOS A LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS**🞏

|  |
| --- |
| *Se emitirán las siguientes constancias*:  *Marcar la cantidad requerida*: x    **2**  **1**  **3**  **2**  **1**  **3**   * DE HABER INGRESADO POR LA CONAREM * DE CULMINACIÓN DE LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS   **Sede de Pasantía**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(AÑO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Requisitos documentales**:   * Fotocopia simple (legible) de CEDULA DE IDENTIDAD * Fotocopia simple de la Constancia de Culminación, Hospital sede de Pasantía * Fotocopia simple del Certificado de Culminación Residencia Médica, emitida por la Unidad Formadora |

**Firma del solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono/s: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**