



FORMULARIO 1

SOLICITUD DE PRIORIDAD DE ASIGNACION DE SEDE PASANTIA ESPECIALISTAS

Asunción, ___ de _____ de 2023

Dr. José Luis Molinas Noveri
Director General
Instituto Nacional de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Tengo a bien dirigirme a usted, a fin de presentar mi Solicitud de Prioridad de Asignación de Sede, debido a que reúno las condiciones establecidas en el Reglamento de Pasantía:

Nombres y Apellidos:	
Cédula de Identidad N°:	
Especialidad Médica:	
Condición por la cual solicita la Prioridad:	
Sede de Pasantía Propuesta (agregar 3 opciones):	1.
	2.
	3.

Según la condición especificada, **DEBE** anexar:

Condición	Anexa	Si	No
1. Embarazo	Certificado de embarazo, emitido por especialista, con certificación de firma por la Dir. De Registro y Control de Profesiones.		
2. Madres con hijos menores a dos años	Certificado de nacimiento original o copia autenticada.		
3. Pasantes con vínculo matrimonial legalmente constituido, obligados a la pasantía.	Certificado de matrimonio original o copia autenticada por escribanía.		

Documentos anexos	Si	No
01 (una) Fotocopia de Cédula de Identidad (autenticada por escribanía)		
Constancia de vida y residencia		
Otros:		

Firma:

Aclaración:

Dirección de Residencias Médicas





Vo. Bo.:
Aclaración:

DECISIÓN DE LA COMISION DE PASANTIAS DE ESPECIALISTAS—Fecha de reunión: ____/____/____

Se acepta la Solicitud: Si No

Lugar asignado: _____

Firma con Aclaración, Miembros de la Comisión de Pasantías de Especialistas:

