



FORMULARIO N° 2 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PASANTÍA DE MÉDICOS 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 solicitar mi inscripción al Programa de Pasantía de Médicos Especialistas, con mis datos a continuación:

Datos Personales y Académicos	
Nombres y Apellidos:	
Cedula de Identidad N°:	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento __/__/__
Lugar de Nacimiento:	Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>
Domicilio: Calle: _____ e/ _____ N° de Casa: _____	
Barrio:	Ciudad:
Teléfono:	Celular:
Correo electrónico:	Registro profesional N°:
Especialidad Médica:	
Unidad Formadora:	
Egresado/a de la Universidad (Postgrado):	
**Vínculo laboral (trabajo actual):	
Obs: ** Se refiere a un vínculo distinto a las Residencias Médicas (coberturas y Residencias de Sub-Especialidades). En caso de contar con vínculo laboral, deberá presentar el Certificado de Trabajo Original con días y horario)	
Sede de Pasantía Propuesta (<i>Sólo pueden proponerse sedes habilitadas según el listado publicado</i>)	
*Sede	Lugar
1-	
2-	
3-	
Obs.: *Si solicitó Prioridad de Asignación de Sede, y se le concedió, especificar: SIMESE INS N° _____, Fecha __/__/__	
Sede Asignada: _____, Lugar: _____	

.....
Firma del interesado/a

A ser completado por la Institución:

SEDE DE PASANTIA ASIGNADA: _____ LUGAR: _____

Firma de Miembro de la Comisión de Pasantía: _____ Aclaración/Sello: _____

Firma de Miembro de la Comisión de Pasantía: _____ Aclaración/Sello: _____

Firma de conformidad del Pasante: _____

