



## FORMULARIO N° 2 SOLICITUD DE INSCRIPCION PASANTIA DE MEDICOS 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	
<b>Nombres y Apellidos:</b>	
<b>Cedula de Identidad N°:</b>	<b>Sexo:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Nacionalidad:</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> __/__/__
<b>Lugar de Nacimiento:</b>	<b>Estado civil:</b> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>
<b>Domicilio:</b> Calle: _____ e/ _____ N° de Casa: _____	
<b>Barrio:</b>	<b>Ciudad:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Registro profesional N°:</b>
<b>Especialidad Médica:</b>	
<b>Unidad Formadora:</b>	
<b>Egresado/a de la Universidad (Postgrado):</b>	
<b>**Vínculo laboral (trabajo actual):</b>	
<b>Obs: **</b> 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)	
<b>Sede de Pasantía Propuesta (Sólo pueden proponerse sedes habilitadas según el listado publicado)</b>	
<b>*Sede</b>	<b>Lugar</b>
1-	
2-	
3-	
<b>Obs.:</b> *Si solicitó Prioridad de Asignación de Sede, y se le concedió, especificar: <b>SIMESE INS N°</b> _____, Fecha __/__/__	
<b>Sede Asignada:</b> _____, <b>Lugar:</b> _____	

.....  
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: \_\_\_\_\_

