

1\_Modelo Nota\_SOLICITUDES VARIAS\_PASANTIA\_modificado fecha 22\_08\_23

 Asunción,......... de...............................de 202……

Señor

***Dr. Miguel Ángel Velázquez Blanco.*** Director

Instituto Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, Paraguay

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con

Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tiene el agrado de dirigirse a usted a efecto de solicitar:

|  |
| --- |
| * CONSTANCIAS

**30.000** gs. c/u |
| * OTROS (especificar)
 |

Correspondiente a: **PASANTIA RURAL**

PERIODO DE PASANTIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Se adjunta a ésta solicitud:**

* FOTOCOPIA **(LEGIBLE)** DE CEDULA DE IDENTIDAD
* CONSTANCIA DE CULMINACIÓN DEL HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD
* RESÚMEN DE PRODUCTIVIDAD
* OTROS(especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Obs: El* ***plazo*** *de entrega estará sujeto al control de asistencia y productividad.*

Dirección de Residencias Médicas

V° B°

Aclaración