**FORMATO A**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MÉDICA EN SUB ESPECIALIDADES/DERIVADAS -CONAREM 2024**

**SEÑORES**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE SELECCIÓN**

**CONCURSO DE ACCESO A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS 2024**

***Presente***

El/la que suscribe (NOMBRE COMPLETO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tiene el agrado de dirigirse a los Señores Miembros de la Comisión de Selección del Concurso de ingreso a la Residencia Médica de SUB ESPECIALIDADES-DERIVADASDE LA CONAREM, con el objeto de presentar la postulación a la vacancia del cargo de Médico Residente de SUB ESPECIALIDADES-DERIVADAS, declarando los siguientes datos:

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido Paterno: | Cédula de Identidad: |
| Apellido Materno: | Email: |
| Nombres: | Teléfono: |
| Edad: Fecha de Nacimiento: / / | Teléfono móvil: |
| Sexo: Lugar de Nacimiento: | Registro Profesional de Médico Nº: |
| Estado civil: Soltero ◻ Casado ◻ Divorciado ◻ |  |
| Dirección particular exacta:  Calle: e/ calle  Numero de Casa:  Barrio:  Ciudad:  Departamento o Región: | |

**DATOS ACADÉMICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad de ingreso: | | Año: |
| Facultad: | | |
| Universidad de egreso: | | Año: |
| Facultad: | | |
| Sede Central (Marcar con una X): | Filial (Marcar con X - Especificar): | |
| Carrera Acreditada: **SI**  **NO**  Resolución de ANEAES Nº: Fecha: | | |
| Título Obtenido: | | |

**DECLARACIÓN DE VÍNCULO LABORAL (PÚBLICO Y/O PRIVADO)**

|  |
| --- |
| Cantidad de Vinculo/s Laboral/es |
| Nombre de la entidad en la cual/es trabaja |
| **Especialidades de su preferencia (Citar tres, en orden de preferencia)** |
| **1º** |
|
| **2º** |
|
| **3º** |
|
| **¿Participó de exámenes anteriores de la CONAREM?**  **SI** Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NO** |

**DECLARO EXPRESAMENTE**

|  |
| --- |
| * **Que he leído el Reglamento de Concurso, los perfiles y las matrices del presente llamado a Concurso y estoy conforme con lo establecido en las mismas y comprometido a ajustarme a ellas.** * **No contar con inhabilitación alguna para el ingreso a la Función Pública, de conformidad a las disposiciones contenidas en el Capítulo II de la Ley 1626/00 “De la Función Pública”.** * **Que las documentaciones e informaciones proporcionadas en el presente formulario y en mi carpeta de presentación de méritos y aptitudes son veraces y auténticas.** * **Que conozco el Reglamento vigente de las Residencias Médicas de la CONAREM y asumo el compromiso de acatarlo fielmente como así también todas las disposiciones internas y reglamentos de la UNIDAD FORMADORA seleccionada.** * **Estar en conocimiento de que el Residente de Subespecialidades-Derivadaspuede ejercer una actividad asistencial remunerada adicional de hasta 24 horas, siempre y cuando dicho horario no se superponga al horario establecido para realizar la Residencia Médica.** * **Autorizo mediante la presente, que cualquier persona natural o jurídica, suministre a la Comisión de Selección toda la información que consideren necesaria para confirmar la veracidad de lo declarado en la presente. Me doy por notificado de que la Comisión de Selección, en caso de comprobarse cualquier falta a la verdad en la información que presento, me excluirá del presente proceso de selección.** * **Todo lo consignado en el presente Formulario tiene carácter de Declaración Jurada.** |
| Firma del Postulante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |