

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**  
**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS A PROFESIONALES DE SALUD CON TITULO DE**  
**GRADO OBTENIDO EN EL EXTRANJERO**

Elaborado en fecha:04/09/2023

Asunción,.....de.....de 202.....

**DRA. CRISTINA RAQUEL CABALLERO GARCIA**, Directora  
 Instituto Nacional de Salud  
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de solicitar mi inscripción a la Evaluación de Competencias a Profesionales de la Salud con Título de grado obtenido en el Extranjero, en el marco de la Resolución S.G.Nº 466, del 6 de octubre del año 2020.

<b>Nombres y Apellidos (completo):</b>		
<b>Sexo:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<b>Cedula de Identidad N°:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b> ...../...../.....		<b>Lugar:</b>
<b>Nacionalidad:</b>		<b>Estado civil:</b> Soltero/a: <input type="checkbox"/> Casado/a: <input type="checkbox"/>
<b>Domicilio:</b> (Incluir N° de casa):		
<b>Barrio:</b>	<b>Ciudad:</b>	
<b>Teléfono línea baja:</b>	<b>Celular:</b> (09.....)	
<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Título de Grado:</b>		
<b>Egresado/a (Grado) de la Universidad de:</b>		
<b>Egresado (Grado) en la Facultad de:</b>		
<b>Año de Egreso (Grado):</b>		

Nº	DOCUMENTOS REQUERIDOS	SI	NO
1	SOLICITUD DE EVALUACION DE COMPETENCIAS EXPEDIDA POR LA DIRECCION GENERAL DE CONTROL DE PROFESIONES, ESTABLECIMIENTOS Y TECNOLOGIA DE LA SALUD DE MSPyBS.		
2	FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE, AUTENTICADA POR ESCRIBANÍA.		
3	COMPROBANTE DE PAGO INS DEL ARANCEL CORRESPONDIENTE		

**SOLICITA SER EVALUADO EN FECHA.....**

Dirección de Residencias Médicas Vo. Bo.
Aclaración:

.....  
**Firma del interesado/a**