

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS A PROFESIONALES DE SALUD CON TÍTULO 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.

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

N°	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