**FORMATO A**

**SELECCIÓN DE MÉDICOS DE APS PARA ACCEDER AL CARGO DE MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR CON ÉNFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD 2025. PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “*DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS”.***

**SEÑORES**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE SELECCIÓN**

**CONCURSO DE ACCESO A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS 2025**

***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 en el marco del **PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “*DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS”*** con el objeto de presentar su postulación a la vacancia del cargo de Médico Residente de la ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, conforme a la convocatoria a la selección de Médicos Residentes de Medicina Familiar, declarando los siguientes datos:

**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.** * **Que toda documentación e información proporcionadas en el presente formulario son veraces y auténticas.** * **Que conozco el Reglamento vigente de las Residencias Médicas de la CONAREM y el Reglamento vigente del PROYECTO DE FORMACIÓN ESTRATÉGICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR “DR. JOSE DARIO RAMIREZ RIVEROS” asumo el compromiso de acatarlo fielmente como así también todas las disposiciones internas y reglamentos de la UNIDAD FORMADORA designada.** * **Estar en conocimiento de que el Residente de especialidad de Medicina Familiar no puede ejercer ninguna actividad profesional fuera de su Programa de Residencia Médica y se compromete a acatar dicha disposición en el caso de acceder a una vacancia en el presente concurso** * **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.** * **Los datos proporcionados por el postulante podrán ser utilizados por la CONAREM, según lo requiera. para la elaboración de informes y evaluaciones de los diferentes instrumentos implementados en las Residencias.** |
| Firma del Postulante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |