**FORMATO “B”**

**CURRICULUM VITAE**

**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”.***

1. **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/ calleNumero de Casa:Barrio:Ciudad:Departamento o Región:  |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA:**
	1. Estudios Realizados:

| Nivel de Estudios | Título Obtenido | Institución/Universidad | Facultad | Año de Ingreso | Año de Egreso |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. Datos de la Universidad de Egreso**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Sede Central (Marcar con una X): | Filial (Marcar con X - Especificar): |
| Carrera Acreditada: **SI**  **NO**  Resolución de ANEAES Nº: Fecha: |

1. **EXPERIENCIA LABORAL (OPCIONAL):**

| DE: ….../….... /…... A: ….... /….... /….... | Institución: ……………………………………….......................……Referente: Sr/Sra.…..............................…........................Teléf.: ….......................................................................….Experiencia………...………………………………………………… |
| --- | --- |
| DE: ….../….... /…... A: ….... /…..../….... | Institución: ……………………………………….......................……Referente: Sr/Sra.…..............................…........................Teléf.: ….......................................................................….Experiencia:….……………………………………………………… |

1. **OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN:**

| FACTOR | DESCRIBA |
| --- | --- |
| Idioma Guaraní |  | Se expresa perfectamente |
|  | Comprende, pero no habla |
|  | No comprende ni habla |

Por la presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario, y autorizo a cualquier persona natural o jurídica a suministrar al Organismo o Entidad del Estado y/o sus representantes, toda la información que considere necesaria para verificar la misma, sin perjuicio del sometimiento a la obligación personal de adjuntar y presentar con la postulación toda la documentación requerida en las bases y condiciones del llamado para acceder a la valoración y calificación según la matriz.

Firma del/la postulante: .................................................................

Fecha: ………………………………………………