GOBIERNO DEL PARAGUAY | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

CONAREM
COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS

FOTO

FORMATO "B"

CURRICULUM VITAE + FOTO CARNET

Consideraciones Previas: *En forma especial hay que tener presente que de los trabajos realizados se pide una información resumida, de los cuales se debe proporcionar lo que se indica en el formato.*

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/ calle Numero de Casa: Barrio: Ciudad: Departamento o Región:	

2. **FORMACIÓN ACADÉMICA:**

2.1. Estudios Realizados:

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

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

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

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

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

4. **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: ……