1\_Modelo Nota\_SOLICITUDES VARIAS\_PASANTIA\_modificado fecha 18\_11\_24

Asunción,......... de...............................de 202……

Señor

***Dra. Cristina Raquel Caballero García.*** Directora General

Instituto Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, Paraguay

Quien suscribe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con

Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tiene el agrado de dirigirse a usted a efecto de solicitar:

|  |
| --- |
| * CONSTANCIAS   **30.000** gs. c/u |
| * OTROS (especificar) |

Correspondiente a: **PASANTIA RURAL**

PERIODO DE PASANTIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Se adjunta a ésta solicitud:**

* FOTOCOPIA**(LEGIBLE)** DE CEDULA DE IDENTIDAD
* CONSTANCIA DE CULMINACIÓN DEL HOSPITAL/SERVICIO DE SALUD
* OTROS(especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono/s: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Obs: El plazo de entrega estará sujeto al control de asistencia y productividad.***

Dirección de Residencias Médicas

V° B°

Aclaración