FORMULARIO 1

**SOLICITUD DE PRIORIDAD DE ASIGNACION DE SEDE**

**PASANTIA ESPECIALISTAS**

Asunción, de de 2025

# Dra. Cristina Caballero.

# Directora General.

Instituto Nacional de Salud.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Tengo a bien dirigirme a usted, a fin de presentar mi Solicitud de Prioridad de Asignación de Sede, debido a que reúno las condiciones establecidas en el Reglamento de Pasantía:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** |  |
| **Cédula de Identidad N°:** |  |
| **Teléfono** | **Correo electrónico:** |
| **Especialidad Médica:** |  |
| **Condición por la cual solicita la Prioridad:** |  |
| **Sede de Pasantía Propuesta ( agregar 3 opciones):** | 1. |
| 2. |
| 3. |

Según la condición especificada (Resolución S.G N°881/24 Art.14, punto 14.2), **DEBE** anexar:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Condición** | **Anexa** | **Si** | **No** |
| 1. Gestación | Certificado de embarazo, emitido por especialista, con certificación de firma por la Dirección de Registro y Control de Profesiones. |  |  |
| 2. Madres de hijos menores de 2 (Dos) años | Certificado de nacimiento original o copia autenticada. |  |  |
| 3. Pasantes con vínculo matrimonial legalmente constituido, obligados a la pasantía. | Certificado de matrimonio original o copia autenticada por escribanía. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentos anexos** | **Si** | **No** |
| 01(una)Fotocopia de Cédula de Identidad(autenticada por escribanía) |  |  |
| Constancia de vida y residencia |  |  |
| Otros: |  |  |

|  |
| --- |
| Firma postulante: |
| Aclaración: |
| Dirección de Residencias Médicas |
| V°.B°.: |
| Aclaración: |

**DECISIÓN DE LA COMISION DE PASANTIAS DE ESPECIALISTAS–Fecha de reunión:** / /

***Se acepta la Solicitud:*** Si  No 

Lugar asignado:

*Firma con Aclaración, Miembros de la Comisión de Pasantías de Especialistas:*

