**FORMULARIO N° 2**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION – PASANTIA DE MEDICOS 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 solicitar mi inscripción al Programa de Pasantía de Médicos Especialistas, con mis datos a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos Personales y Académicos** | |
| **Nombres y Apellidos:** | |
| **Cedula de Identidad N°:** | **Sexo:** Femenino Masculino |
| **Nacionalidad:** | **Fecha de Nacimiento** / / |
| **Lugar de Nacimiento:** | **Estado civil:** Soltero/a Casado/a Divorciado/a |
| **Domicilio: Calle:** e/ **N° de Casa:** | |
| **Barrio:** | **Ciudad:** |
| **Teléfono:** | **Celular:** |
| **Correo electrónico:** | **Registro profesional N°:** |
| **Especialidad Médica:** | |
| **Unidad Formadora:** | |
| **Egresado/a de la Universidad (Postgrado):** | |
| **\*\*Vínculo laboral (trabajo actual):** | |
| **Obs:** \*\* Se refiere a un vínculo distinto a las Residencias Médicas (coberturas y Residencias de Sub-Especialidades). En caso de contar con vínculo laboral, deberá presentar el Certificado de Trabajo Original con días y horario) | |
| **Sede de Pasantía Propuesta *(Sólo pueden proponerse sedes habilitadas según el listado publicado- No Priorizados)*** | |
| **\*Sede** | **Lugar** |
| **1-** |  |
| **2-** |  |
| **3-** |  |
| **Obs.:** \***Si solicitó Prioridad** de Asignación de Sede, y se le concedió, especificar: **SIMESE INS N°** , Fecha / /  **Sede Asignada**: , **Lugar**: | |

………..………

…………………

Firma del interesado/a

*A ser completado por la Institución:*

SEDE DE PASANTIAS ASIGNADA:

LUGAR:

Firma de Miembro de la Comisión de Pasantía…………………………………………. Aclaración/Sello:

Firma de Miembro de la Comisión de Pasantía…………………………………………. Aclaración/Sello:

Firma de conformidad del Pasante: …………………………………………………………. Aclaración/Sello.

Avda. Santísima Trinidad y Pasaje Francia. mesadeentradains@gmail.com

Asunción, Paraguay.

ANEXO 1 AL FORMULARIO N°2

**PASANTIA DE MEDICOS ESPECIALISTAS**

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA INSCRIPCION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** | |  | | | |
| **Cédula de Identidad N°:** | |  | | | |
| **Sede de Pasantía Asignada:** | |  | | | |
|  | | | | | |
|  | **DOCUMENTOS** | | | **SI** | **NO** |
| **1** | Impresión, en hoja tamaño oficio, del **Formulario 2 "Solicitud de Inscripción"**, que han completado vía web, firmado por el interesado. | | |  |  |
| **2** | CONSTANCIA DE RESIDENCIA CONCLUIDA, EMITIDA POR LA UNIDAD  FORMADORA. (**Firmada por**: Jefe de Docencia y Director del Hospital/Unidad Formadora) | | |  |  |
| **3** | CONSTANCIA DE VIDA Y RESIDENCIA (Presentar la misma constancia de vida y  residencia que se ha remitido vía web, según Circular INS N° 03/2025) | | |  |  |
| **4** | **1 (UN)** EJEMPLAR DE CURRICULUM VITAE, según formato disponible en  [www.ins.gov.py](http://www.ins.gov.py/) | | |  |  |
| **5** | **1 (UNA)** FOTO TIPO CARNET | | |  |  |
| **6** | **4 (CUATRO)** FOTOCOPIAS DE CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE, AUTENTICADAS  POR ESCRIBANIA | | |  |  |
| **7** | CERTIFICADO DE ANTECEDENTE POLICIAL ORIGINAL | | |  |  |
|  | CERTIFICADO DE ANTECEDENTE JUDICIAL ORIGINAL | | |  |  |
| **8** | **1 (UNA)** FOTOCOPIA DE TITULO UNIVERSITARIO DE GRADO, AUTENTICADA POR  ESCRIBANIA. | | |  |  |
| **9** | **1 (UNA)** FOTOCOPIA DE REGISTRO PROFESIONAL DE MEDICO **VIGENTE**, AUTENTICADA POR ESCRIBANIA | | |  |  |
| **10** | CERTIFICADO DE TRABAJO ORIGINAL CON DIAS Y HORARIOS DE ASISTENCIA  (**Presentar “sólo” en caso de contar con vínculo laboral fuera de la Residencia Médica**) | | |  |  |
| **11** | CONSTANCIA DE CULMINACIÓN SATISFACTORIA DEL POSTGRADO O CERTIFICADO DE ESTUDIOS DEL POSTGRADO (ESPECIALIDAD MÉDICA)  CULMINADO. | | |  |  |
| **Obs.:** Presentar la documentación en carpeta tipo archivador rápido. | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nombre y Apellido Pasante:** | | | | | |
| **Firma:** | | | **Fecha: / /** | | |
|  | | | | | |
|  | **Dirección de Residencias Médicas** | |  | | |
| Vo. Bo.: | |
| Aclaración: | |
|  |  | |  | | |