1\_Modelo Nota\_SOLICITUDES VARIAS\_PASANTIA\_modificado fecha 01\_07\_25

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

**40.000** gs. c/u |
| * OTROS (especificar)
 |

Correspondiente a: **PASANTIA RURAL**

PERIODO DE PASANTIA: DESDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HASTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Se adjunta a ésta solicitud:**

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

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

**Observación:**

1. **El formulario puede ser remitido:**
* **a. Al correo:** **mesadeentradains@gmail.com** **o;**
* **b. De forma presencial, en el Instituto Nacional de Salud. En ambos casos, se deben anexar todos los requisitos documentales, para el proceso respectivo.**