



Por favor, completar con letra de imprenta

Apellidos: Nombres:

Domicilio: Localidad:

Teléfono Part.: Celular: e-mail:
▲ POR FAVOR - ESMERARSE EN ESCRIBIR ESTOS DATOS BIEN LEGIBLES ▲

Edad (actual):..... Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad: DNI / LE / LC / PAS N° Matrícula Nac N° /Prov. N°

Cursó Medicina en: Puntaje Final:
institución / lugar

ME POSTULO AL CARGO DE BECARIO EN:
INDICAR LA ESPECIALIDAD

RESIDENCIA COMPLETA en :.....
especialidad

cumplida en:
institución / lugar

otra/s RESIDENCIA/S, POSGRADOS y/o ESPECIALIZACIONES:

en:en completó
especialidad institución / lugar SI / NO o años

en:en completó
especialidad institución / lugar SI / NO o años

en:en completó
especialidad institución / lugar SI / NO o años

Declaro veraces los datos aquí consignados, y me comprometo a presentar en original los certificados y fotocopias legalizadas que se me requieran.

Fecha:

(firma)