



Montevideo,

1er. APELLIDO: 2do .APELLIDO:
1er. NOMBRE: 2do. NOMBRE:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

C.I.:(Nro. y Depto.) C.C.:(Serie, Nro.y Depto.)
CIUDADANÍA: NATURAL FECHA DE LA JURA DE LA BANDERA:
 LEGAL FECHA DE LA CARTA DE CIUDADANÍA: (presentar original y fotocopia)
DOMICILIO:
TELÉFONO: CELULAR: E-MAIL:
REGISTRO TITULO MSP: REGISTRO DE TÍTULO: Folio Nro.
(Poner N° de CI o N° de Registro) (SELLO AL DORSO DEL TITULO, ARRIBA A LA IZQUIERDA)

ME INSCRIBO AL CONCURSO DE RESIDENTE DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | <input type="radio"/> MEDICINA NUCLEAR |
| <input type="radio"/> ANATOMÍA PATOLÓGICA | <input type="radio"/> MEDICINA TRANSFUSIONAL |
| <input type="radio"/> ANESTESIOLOGÍA | <input type="radio"/> MICROBIOLOGÍA |
| <input type="radio"/> ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR | <input type="radio"/> NEFROLOGÍA |
| <input type="radio"/> CARDIOLOGÍA | <input type="radio"/> NEONATOLOGÍA |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA CARDÍACA | <input type="radio"/> NEUMOLOGÍA |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA GENERAL | <input type="radio"/> NEUROCIRUGÍA |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PEDIÁTRICA | <input type="radio"/> NEUROLOGÍA |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PLÁSTICA | <input type="radio"/> OFTALMOLOGÍA |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA TÓRAX | <input type="radio"/> ONCOLOGÍA MÉDICA |
| <input type="radio"/> DERMATOLOGÍA | <input type="radio"/> ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA |
| <input type="radio"/> ENDOCRINOLOGÍA | <input type="radio"/> OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| <input type="radio"/> ENFERMEDADES INFECCIOSAS | <input type="radio"/> PEDIATRÍA |
| <input type="radio"/> GASTROENTEROLOGÍA | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA |
| <input type="radio"/> GERIATRÍA | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA INFANTIL |
| <input type="radio"/> GINECOTOCOLOGÍA | <input type="radio"/> REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA |
| <input type="radio"/> HEMATOLOGÍA | <input type="radio"/> REUMATOLOGÍA |
| <input type="radio"/> IMAGENOLOGÍA | <input type="radio"/> SALUD OCUPACIONAL |
| <input type="radio"/> LABORATORIO CLÍNICO | <input type="radio"/> TOXICOLOGÍA |
| <input type="radio"/> MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA | <input type="radio"/> TRAUMATOLOGÍA |
| <input type="radio"/> MEDICINA INTENSIVA | <input type="radio"/> UROLOGÍA |
| <input type="radio"/> MEDICINA INTERNA | |

DECLARO:

- ✓ Habermé inscripto en una única disciplina y tener conocimiento de que dicha elección no puede ser modificada.
- ✓ No haber desempeñado el cargo de Residente en cualquier otra dependencia pública o privada.
- ✓ No haber desempeñado el cargo de Asistente en la misma disciplina que me inscribo.
- ✓ De ser ciudadano legal estar en conocimiento que no podré aspirar a la residencia hasta pasado 3 años de obtenida la carta de ciudadanía.

FIRMA: _____