



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – RESIDENCIAS MÉDICAS **2015**  
DECLARACIÓN JURADA

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 CIUDADANIA \_\_\_\_\_ (presentar original y fotocopia)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**ME INSCRIBO AL CONCURSO DE RESIDENTE DE:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> ANATOMÍA PATOLÓGICA             | <input type="radio"/> MEDICINA TRANSFUSIONAL     |
| <input type="radio"/> ANESTESIOLOGÍA                  | <input type="radio"/> MICROBIOLOGÍA              |
| <input type="radio"/> CARDIOLOGÍA                     | <input type="radio"/> NEONATOLOGÍA               |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA CARDÍACA                | <input type="radio"/> NEUROCIROLOGÍA             |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PEDIÁTRICA              | <input type="radio"/> OFTALMOLOGÍA               |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PLÁSTICA                | <input type="radio"/> ONCOLOGÍA MÉDICA           |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA VASCULAR                | <input type="radio"/> ONCOLOGÍA RADIOTERAPÉUTICA |
| <input type="radio"/> DERMATOLOGÍA                    | <input type="radio"/> ORIENTACIÓN MÉDICA         |
| <input type="radio"/> ENDOCRINOLOGÍA                  | <input type="radio"/> ORIENTACIÓN QUIRÚRGICA     |
| <input type="radio"/> FISIATRÍA                       | <input type="radio"/> ORIENTACIÓN SOCIAL         |
| <input type="radio"/> GASTROENTEROLOGÍA               | <input type="radio"/> OTORRINOLARINGOLOGÍA       |
| <input type="radio"/> GERIATRÍA                       | <input type="radio"/> PARASITOLOGÍA              |
| <input type="radio"/> GINECOTOCOLOGÍA                 | <input type="radio"/> PEDIATRÍA                  |
| <input type="radio"/> HEMATOLOGÍA                     | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA                |
| <input type="radio"/> IMAGENOLOGÍA                    | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA INFANTIL       |
| <input type="radio"/> LABORATORIO CLÍNICO             | <input type="radio"/> REUMATOLOGÍA               |
| <input type="radio"/> MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA | <input type="radio"/> SALUD OCUPACIONAL          |
| <input type="radio"/> MEDICINA INTENSIVA              | <input type="radio"/> TOXICOLOGÍA                |
| <input type="radio"/> MEDICINA LEGAL                  | <input type="radio"/> TRAUMATOLOGÍA              |

**DECLARO:**

- ✓ Haberme inscripto en una única disciplina y tener conocimiento de que dicha elección no puede ser modificada.
- ✓ De ser ciudadano legal estar en conocimiento que no podrá aspirar a la residencia hasta pasados 3 años de obtenida la carta de ciudadanía.

FIRMA: \_\_\_\_\_