



		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:	<input type="radio"/> NATURAL	FECHA DE LA JURA DE LA BANDERA:	
	<input type="radio"/> 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"/> NEUROCIROLOGÍA                               |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PEDIÁTRICA                   | <input type="radio"/> NEUROLOGÍA                                   |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PLÁSTICA                     | <input type="radio"/> NEUROPEDIATRÍA                               |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA TÓRAX                        | <input type="radio"/> OFTALMOLOGÍA                                 |
| <input type="radio"/> DERMATOLOGÍA                         | <input type="radio"/> ONCOLOGÍA MÉDICA                             |
| <input type="radio"/> ENDOCRINOLOGÍA                       | <input type="radio"/> ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA                       |
| <input type="radio"/> ENFERMEDADES INFECCIOSAS             | <input type="radio"/> OTORRINOLARINGOLOGÍA                         |
| <input type="radio"/> GASTROENTEROLOGÍA                    | <input type="radio"/> PEDIATRÍA                                    |
| <input type="radio"/> GERIATRÍA                            | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA                                  |
| <input type="radio"/> GINECOTOCOLOGÍA                      | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA INFANTIL                         |
| <input type="radio"/> HEMATOLOGÍA                          | <input type="radio"/> REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA - FISIATRÍA |
| <input type="radio"/> IMAGENOLOGÍA                         | <input type="radio"/> REUMATOLOGÍA                                 |
| <input type="radio"/> LABORATORIO CLÍNICO                  | <input type="radio"/> SALUD OCUPACIONAL                            |
| <input type="radio"/> MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA      | <input type="radio"/> TOXICOLOGÍA                                  |
| <input type="radio"/> MEDICINA INTENSIVA                   | <input type="radio"/> TRAUMATOLOGÍA                                |
| <input type="radio"/> MEDICINA INTERNA                     | <input type="radio"/> UROLOGÍA                                     |
| <input type="radio"/> MEDICINA LEGAL                       |  |

**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 de que no podré aspirar a la residencia hasta pasado 3 años de obtenida la carta de ciudadanía.

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