



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 TÍTULO MSP: _____ REGISTRO DE TÍTULO: Folio _____ Nro. _____
(Poner N° de CI o N° de Registro) (SELLO AL DORSO DEL TÍTULO, 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 que no podré aspirar a la residencia hasta pasado 3 años de obtenida la carta de ciudadanía.

FIRMA: _____