



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – RESIDENCIAS MÉDICAS 2013
DECLARACIÓN JURADA

Montevideo, _____

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

C.I.:(Nro. y Depto.) _____

C.C.:(Serie, Nro. Y Depto.) _____

CIUDADANÍA: NATURAL / LEGAL FECHA DE LA JURA DE LA BANDERA: _____

DOMICILIO: _____

COD. POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

CELULAR: _____

E-MAIL: _____

FECHA DE TITULACIÓN: _____

REGISTRO DE TÍTULO: Folio _____

Nro. _____

(Fecha que figura en el frente del título del país de origen)

(Figura en el sello de Facultad de Medicina)

ME INSCRIBO AL CONCURSO DE RESIDENTE DE:

ANATOMÍA PATOLÓGICA/

ANESTESIOLOGÍA

CARDIOLOGÍA

CIRUGÍA CARDÍACA

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

CIRUGÍA PLÁSTICA

CIRUGÍA VASCULAR

DERMATOLOGÍA

ENDOCRINOLOGÍA

FISIATRÍA

GASTROENTEROLOGÍA

GERIATRÍA

GINECOTOCOLOGÍA

HEMATOLOGÍA

IMAGENOLOGÍA

LABORATORIO CLÍNICO

MEDICINA DEL DEPORTE

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MEDICINA INTENSIVA

MEDICINA LEGAL

MEDICINA NUCLEAR

MEDICINA TRANSFUSIONAL

MICROBIOLOGÍA

NEONATOLOGÍA

NEUROCIRUGÍA

OFTALMOLOGÍA

ONCOLOGÍA MÉDICA

ONCOLOGÍA RADIOTERAPÉUTICA

ORIENTACIÓN MÉDICA

ORIENTACIÓN QUIRÚRGICA

ORIENTACIÓN SOCIAL

OTORRINOLARINGOLOGÍA

PARASITOLOGÍA

PEDIATRÍA

PSIQUIATRÍA

PSIQUIATRÍA INFANTIL

REUMATOLOGÍA

SALUD OCUPACIONAL

TOXICOLOGÍA

TRAUMATOLOGÍA

DECLARO:

- ✓ Haberme 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, ni cargo de Asistente en la misma disciplina que me inscribo.

FIRMA: _____