



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – RESIDENCIAS MÉDICAS 2011

DECLARACIÓN JURADA

NOMBRE COMPLETO:

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.

ME INSCRIBO AL CONCURSO DE RESIEDNTE DE:

- ORIENTACIÓN MÉDICA
- ORIENTACIÓN QUIRÚRGICA
- ORIENTACIÓN SOCIAL
- IMAGENOLOGÍA Y MEDICINA NUCLEAR
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIA
- CARDIOCIRUGÍA
- CARDIOLOGÍA
- MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- ONCOLOGÍA RADIOTERAPÉUTICA
- MICROBIOLOGÍA
- MEDICINA TRANSFUSIONAL
- ONCOLOGÍA
- OFTALMOLOGÍA
- PEDIATRÍA
- PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA
- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

- CIRUGÍA PLÁSTICA
- DERMATOLOGÍA
- ENDOCRINOLOGÍA
- GASTROENTEROLOGÍA
- FISIATRÍA
- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- LABORATORIO CLÍNICO
- MEDICINA INTENSIVA
- MEDICINA DEL DEPORTE
- GERIATRÍA
- MEDICINA LEGAL
- NEUROCIRUGÍA
- OTORRINOLARINGOLOGÍA
- PARASITOLOGÍA
- PSIQUIATRÍA
- TOXICOLOGÍA

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.

Montevideo,

FIRMA: