



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:

ANATOMÍA PATOLÓGICA

ANESTESIOLOGÍA

CARDIOLOGÍA

CIRUGÍA CARDÍACA

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

CIRUGÍA PLÁSTICA

CIRUGÍA VASCULAR

DERMATOLOGÍA

ENDOCRINOLOGÍA

FISIATRÍA

GASTROENTEROLOGÍA

GERIATRÍA

GINECOTOCOLOGÍA

HEMATOLOGÍA

IMAGENOLOGÍA

LABORATORIO CLÍNICO

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MEDICINA INTENSIVA

MEDICINA LEGAL

MEDICINA TRANSFUSIONAL

MICROBIOLOGÍA

NEONATOLOGÍA

NEUROCIURUGÍA

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.
- ✓ 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: _____