



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN CONCURSOS

Montevideo,

**Sr. Decano de la
Facultad de Medicina,
Prof. Dr. Miguel Martínez**

Solicito a Ud. ser inscripto/a en el llamado a ASPIRANTE/ CONCURSO (para la provisión
 TITULAR/ INTERINC de cargo/s de

APELLIDOS:

NOMBRES:

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

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

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CELULAR:

E-MAIL:

Si es estudiante:

FACULTAD EN LA QUE ESTUDIA:

FECHA DE INGRESO:

AÑO QUE CURSA:

Si es egresado:

FACULTAD DE LA QUE EGRESÓ:

La presente inscripción se recibe en forma **CONDICIONAL**, sujeta a verificación de requisitos para cada cargo.

* Formulario con valor de Declaración Jurada. Es responsabilidad del interesado mantener los datos actualizados



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN CONCURSOS

TÍTULO OBTENIDO: **FECHA DE GRADUACIÓN:**

REGISTRO DE TÍTULO: Folio **Nro.** (Datos que figuran en sello de Facultad)

Si ya obtuvo título de especialista:

ESPECIALIDAD: **REGISTRO DEL TÍTULO (M.S.P.):**

Autorizo a que toda información referente al cargo al que aspiro, sea a través de correo electrónico:

SI
 NO

Saludo a Ud.

FIRMA: _____

ACLARACIÓN DE FIRMA:

La presente inscripción se recibe en forma **CONDICIONAL**, sujeta a verificación de requisitos para cada cargo.

* Formulario con valor de Declaración Jurada. Es responsabilidad del interesado mantener los datos actualizados