



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 TITULO MSP:  REGISTRO DE TÍTULO: Folio  Nro.

(Poner N° de CI o N° de Registro) (SELLO AL DORSO DEL TITULO, ARRIBA A LA IZQUIERDA)

**ME INSCRIBO AL CONCURSO DE RESIDENTE DE:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | <input type="radio"/> MEDICINA LEGAL                   |
| <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 PEDIÁTRICA                   | <input type="radio"/> NEUROCIRUGÍA                     |
| <input type="radio"/> CIRUGÍA PLÁSTICA                     | <input type="radio"/> NEUROLOGÍA                       |
| <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"/> GERIATRIA                            | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA                      |
| <input type="radio"/> GINECOTOCOLOGÍA                      | <input type="radio"/> PSIQUIATRÍA INFANTIL             |
| <input type="radio"/> HEMATOLOGÍA                          | <input type="radio"/> REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA |
| <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"/> CIRUGÍA GENERAL                      |  |

**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: \_\_\_\_\_