



# CONAREM

COMISION NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS



## FORMATO A

### FORMULARIO DE POSTULACION AL CONCURSO DE INGRESO A LA RESIDENCIA MEDICA DE ESPECIALIDADES TRONCALES Y/O PRIMARIAS-CONAREM 2019

**SEÑORES MIEMBROS DE LA COMISION DE SELECCIÓN CONCURSO DE ACCESO A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS 2019**

**Presente**

El/la que suscribe (NOMBRE COMPLETO) \_\_\_\_\_, con Cedula de Identidad N° \_\_\_\_\_, tiene el agrado de dirigirse a los Señores Miembros de la Comisión de Selección del Concurso de ingreso a la Residencia Medica (CONAREM), con el objeto de presentar su postulación a la vacancia del cargo de Médico Residente de ESPECIALIDADES PRIMARIAS O TRONCALES Subespecialidades, conforme a la convocatoria al Concurso de ingreso a la Residencia Médica de ESPECIALIDADES PRIMARIAS O TRONCALES, declarando los siguientes datos:

**DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno:	Cedula de Identidad :
Apellido Materno:	Email:
Nombres:	Teléfono:
Edad:                      Fecha de Nacimiento:    /    /	Teléfono móvil
Sexo:                      Lugar de Nacimiento:	Registro Profesional N°
Estado civil:    Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	
Dirección particular exacta: Calle: _____ e/ calle _____ Numero de Casa: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____ Departamento o Región: _____	

**DATOS ACADÉMICOS**

Universidad de ingreso:	Año:
Facultad:	
Universidad de egreso:	Año:
Facultad:	
Título Obtenido:	

**DECLARACION DE VINCULO LABORAL (PUBLICO Y/O PRIVADO)**

Numero de Vinculo Laboral
Nombre de la entidad en la cual trabaja

**PASANTÍA RURAL (obligatorio para recibidos en el exterior)**

Año:	Año:
Tiempo de duración:	Tiempo de duración:
Lugar:	Lugar:

**Especialidades de su preferencia (Citar tres, en orden de preferencia)**

1°
2°
3°

**Participó de exámenes anteriores de la CONAREM?**

SI  Año \_\_\_\_\_ NO

**DECLARO EXPRESAMENTE**

- Que he leído el Reglamento de Concurso, los perfiles y las matrices del presente llamado a Concurso y estoy conforme con lo establecido en las mismas y comprometido a ajustarme a ellas.
- No contar con inhabilitación alguna para el ingreso a la Función Pública, de conformidad a las disposiciones contenidas en el Capítulo II de la Ley 1626/00 "De la Función Pública".
- Que las documentaciones e informaciones proporcionadas en el presente formulario y en mi carpeta de presentación de méritos y aptitudes son veraces y auténticos.
- Que conozco el Reglamento vigente de las Residencias Medicas de la CONAREM y asumo el compromiso de acatarlo fielmente como así también todas las disposiciones internas y reglamentos de la UNIDAD FORMADORA seleccionada.
- Estar en conocimiento que el Residente de especialidades troncales o primarias no puede ejercer ninguna actividad profesional fuera de su Programa de Residencia Medica y se compromete a acatar dicha disposición en el caso de acceder a una vacancia en el presente concurso
- Autorizo mediante la presente, que cualquier persona natural o jurídica, suministre a ustedes toda la información que consideren necesaria para confirmar la veracidad de la misma. En caso de comprobarse cualquier falta a la verdad en la información que presento, me doy por notificado para que ustedes me excluyan del presente proceso de selección.

Firma del Postulante \_\_\_\_\_ Recibido y Verificado por \_\_\_\_\_

Recibo de Pago del arancel N° \_\_\_\_\_ Firma del perceptor \_\_\_\_\_