



FORMULARIO A

CONCURSO PARA EL INGRESO A LA CARRERA PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDO:		
N° DE CEDULA DE IDENTIDAD:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
ORGANISMO Y ENTIDAD DEL ESTADO (OEE) AL QUE SE POSTULA		
MSP y BS <input type="checkbox"/>	IPS <input type="checkbox"/>	HOSPITAL DE CLINICAS <input type="checkbox"/>
H.C. POLICIAL <input type="checkbox"/>	M. DE JUSTICIA <input type="checkbox"/>	
NIVEL AL QUE POSTULA		
PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	
TECNICO O /TECNICO SUPERIOR DE ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>	
SUBNIVEL AL QUE POSTULA		
PROFESIONAL	TECNICO O TECNICO SUPERIOR	AUXILIAR
Sub Nivel 1 <input type="checkbox"/>	Sub Nivel 1 <input type="checkbox"/>	Sub Nivel 1 <input type="checkbox"/>
Subnivel 2 <input type="checkbox"/>	Subnivel 2 <input type="checkbox"/>	Subnivel 2 <input type="checkbox"/>
Subnivel 3 <input type="checkbox"/>	Subnivel 3 <input type="checkbox"/>	Subnivel 3 <input type="checkbox"/>
Subnivel 4 <input type="checkbox"/>	Subnivel 4 <input type="checkbox"/>	Subnivel 4 <input type="checkbox"/>
Subnivel 5 <input type="checkbox"/>	Subnivel 5 <input type="checkbox"/>	Subnivel 5 <input type="checkbox"/>
Declaro que todos los datos mencionados en el curriculum vitae y documentaciones anexas son auténticos.		
FIRMA:		