



20/05/2025

NOTA DE POSTULACIÓN FORMATO A.

PROMOCIÓN DE SUBNIVEL A OTRO SUBNIVEL EN LA CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, HOSPITAL DE CLÍNICAS Y EL HOSPITAL DE POLICÍA- PERIODO 2025

NOMBRE Y APELLIDO:		
N° DE CEDULA DE IDENTIDAD:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
MARCAR EL ORGANISMO Y ENTIDAD DEL ESTADO (OEE) AL QUE CORRESPONDE.		
HOSPITAL DE POLICIA <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE CLINICAS <input type="checkbox"/> MSP Y BS <input type="checkbox"/>		
MARCAR EL NIVEL AL QUE PERTENECE		
PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		
TECNICO O /TECNICO SUPERIOR DE ENFERMERIA <input type="checkbox"/>		
AUXILIAR DE ENFERMERIA <input type="checkbox"/>		
MARCAR AL SUBNIVEL AL QUE POSTULA: A los efectos de la aplicación del artículo N° 22, del Decreto Reglamentario N° 6671/2022, inciso v a los efectos de realizar la <i>aceleración del cómputo de la antigüedad por única vez según lo establecido el artículo N° 9 de la Ley 6625. Si posee una especialidad sumar un año de antigüedad y marcar el subnivel que le corresponde.</i>		
PROFESIONAL	TECNICO O TECNICO SUPERIOR	AUXILIAR
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 y las documentaciones anexas son en carácter de declaración jurada.		
FIRMA:		



Handwritten signatures of the applicants.



COMISIÓN PERMANENTE CENTRAL DE ADMINISTRACIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA - LEY 6625/2020 DECRETO REGLAMENTARIO N 6671/2022

20/05/2025

FORMATO B – CURRICULUM VITAE.

PROMOCIÓN DE SUBNIVEL A OTRO SUBNIVEL EN LA CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, HOSPITAL DE CLÍNICAS Y EL HOSPITAL DE POLICÍA- PERIODO 2025

1. DATOS PERSONALES

Nombres:		
Apellidos:		
Fecha de Nacimiento:		
Lugar de Nacimiento:		
Nacionalidad:		País:
		Estado Civil:
CI. N°:		
Dirección Particular:		
Barrio:		
Ciudad:		
Departamento:		
Teléfonos (línea baja):		
Celular/res:		

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

2.1 ESTUDIOS REALIZADOS (adjuntar copias autenticadas que avalen los estudios realizados)

- I. Título Universitario.
- II. Estudios de Especializaciones.
- III. Estudios de Maestrías.

Formación Académica	Título Obtenido	Institución/Universidad	Año de Egreso
Título Universitario			
Especialización			
Maestrías			



[Handwritten signatures and initials]