



Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Ministerio de Salud

LLAMADO A CONCURSO PUBLICO Y ABIERTO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nro de Inscripto: _____

DATOS DEL CONCURSANTE

Apellido: _____ Nombres: _____
C.U.I.L.: _____ Matrícula: _____ Ficha Censal: _____
Tipo Doc.: _____ Nro. Doc.: _____
Fecha Nac.: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: _____
Título Univ.: _____ Universidad: _____
Especialidad: _____ Expedida por: _____
Tel. Personal: _____ Tel. Prof.: _____
Celular: _____ e-mail: _____

DOMICILIO REAL

Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Depto.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Depto.: _____
Localidad: _____ Código Postal: _____

CARGO A CONCURSAR

Especialista en Anestesiología para desempeñarse en la Planta o en la Guardia de los establecimientos asistenciales

INSCRIPCIÓN POR APODERADO

Apellido: _____ Nombres: _____
Tipo Doc.: _____ Nro. Doc.: _____ Acredit. de Personería:
Según ART. 52/53 DTO N° 1510/1997

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Documentación	Cantidad de fs	Obra Agregado a fs
Curriculum Vitae:	_____	_____
Título Universitario:	_____	_____
Título Especialista:	_____	_____
Documento de Identidad:	_____	_____
Matrícula Profesional:	_____	_____

Presentado en original y 6 (seis) copias

Cant. Fojas Tot.: _____

Declaro bajo juramento que todos los datos, manifestaciones efectuadas y documentación presentada son exactos y verdaderos, sin omitir ni falsear dato alguno.

Firma y Aclaración del apoderado

Firma y Sello del concursante

PARA SER COMPLETADO POR LA DPCPSAL

Recepción del formulario y documentación denunciada en original y 6 copias

Buenos Aires, ____ de _____ de _____ a las _____ hs. _____

Firma y Sello: