



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 Nº 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. Folios 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: