

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES / MINISTERIO DE SALUD****FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCION PARA CONCURSO PUBLICO/CERRADO**

Inscripto N° _____

DATOS PERSONALES:Apellido: _____ Nombre: _____
DNI: _____ CUIL: _____ - _____ - _____ Sexo: M / F Fecha Nacimiento: ____/____/____
Nacionalidad: _____**CONTACTO:**TE particular: _____ TE celular: _____ TE alternativo: _____
Email (para notificaciones): _____**DOMICILIO REAL: (el actual)**Calle: _____ Número: _____ Piso/Depto: _____
Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____**DOMICILIO ESPECIAL: (debe ser de CABA)**Calle: _____ Número: _____ Piso/Depto: _____
Código Postal: _____**ESTUDIO:**Título: _____ Universidad: _____
Matrícula Profesional: _____ Expedida por: _____
Especialidad: _____**CARGO ACTUAL EN EL MINISTERIO DE SALUD:**Establecimiento: _____
Cargo: _____**INSCRIPCION POR APODERADO:**Apellido y Nombre: _____
Tipo y N° Documento: _____ N° Acta: _____**DOCUMENTACION PRESENTADA: (original y dos copias)**

Documentación	Cant. Fojas	Obra agregado a Fs
Currículum		
Título		
Especialidad		
Matrícula		
Documento		
Otros		

Cantidad Total de fojas: _____

CARGO A CONCURSAR:

Cargo: _____

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

Declaro que acepto y tomo conocimiento que toda la información referida al presente concurso se dará por notificada con el envío de correo electrónico y las publicaciones por la página web del GCBA.

Declaro que conozco lo establecido en la Ley N° 6035 y el Acta Paritaria N° 4/2019

Fecha, Firma y Aclaración**RECEPCION DEL FORMULARIO Y DOCUMENTACION**

Buenos Aires, _____ de _____ de _____