



G.C.B.A.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE CAPACITACION E INVESTIGACIÓN

### FORMULARIO DE CAPTURA DE DATOS

Concurso de Ingreso a Residencias, Concurrencias y Escuela de Técnicos

No válido como comprobante de inscripción  
Completar en letra de imprenta.

Documento: DNI  CI  DE  PA  Nº :

Especialidad : .....  
(En la que desea concursar)

Apellido(s):.....

Nombres: .....

Sexo: M  F  Nacionalidad : .....

Fecha de nacimiento:     /     /     Estado Civil: Soltero  Casado   
Divorciado  Viudo

Domicilio:.....

Localidad:.....Código Postal:.....

Teléfono:.....Tel. Alternativo:.....

Mail:.....

Universidad de Graduación:.....

Título obtenido:.....  
(Sólo Residencias y Concurrencias)

**No completar los espacios grises**

Fecha de Obtención del Título:    /    /    Promedio General:      
(Incluido Aplazos)

¿Desea participar en el concurso de otras instituciones que utilizan el examen del GCBA? SI  NO

Observaciones: