GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION GENERAL, DOCENCIA, INVESTIGACION Y DESARROLLO PROFESIONAL

**Concurso 2016**

**Ingreso a Residencias y Concurrencias**

**FORMULARIO PARA RECEPCION DE APELACIONES**

# Completar exclusivamente con computadora ó máquina de escribir

Apellido y Nombre: .................................................................... Nº de Inscripción:

Especialidad Concursada:...............................................................................................

Nª de pregunta Apelada:

(**Según examen madre difundido por la DCDIYDP**)

## Indique la ó las opciones que Ud. considera correctas

A. B. C. D.

Señale: autor, editorial, edición, capítulo, página del texto en el que se basa su apelación, tomando como referencia la **bibliografía orientadora** oportunamente publicada.

## Fundamente su apelación

|  |
| --- |
|  |

-----------------------

Firma del aspirante

La recepción de la apelación se enmarca en el anexo IV de la resolución 279/ MSGC/16