

# FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCION PARA CONCURSO CERRADO



Dirección General  
de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud

Inscrito N°: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_

## CONTACTO

TE particular: \_\_\_\_\_ TE celular: \_\_\_\_\_ TE alternativo: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

## DOMICILIO REAL

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso/Depto: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso/Depto: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

## 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

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

Cantidad de fojas: \_\_\_\_\_

Soporte magnético? SI / NO

## 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.

\_\_\_\_\_  
Fecha, Firma y Aclaración

RECEPCION DEL FORMULARIO Y DOCUMENTACION EN ORIGINAL Y 1 (UNA) COPIA EN SOPORTE MAGNETICO (CD)

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Hoja Adicional de Firmas  
Informe gráfico**

**Número:**

Buenos Aires,

**Referencia:** Anexo II (Ex 2017-6539747-MGEYA-DGAYDRh)

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.