**FECHA**:

Apellido:

Nombre:

Dirección:

Localidad:

Documento: Estado Civil:

CUIL: Nacionalidad:

Cod. Postal: Teléfono:

Matrícula: Fecha de Nacimiento:

**(MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA)**

**Tiene impedimentos físicos SÍ NO**

**En la actualidad, posee un empleo en el SÍ NO**

**ámbito público o privado**

**Posee cargo docente rentado SÍ NO**

**Horario que cumple como Docente ………………………………………………………………**

Detalle del cargo adjudicado

**RESIDENCIA**: ………………………………………………………………………………………

**HOSPITAL / SEDE**: ………………………………………………………………………………………

***Declaro bajo juramento que todos los datos aquí consignados son veraces y exactos de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión podrá ser considerada una falta administrativa grave.***

………………………………………………… …………………………………………………

FIRMA POSTULANTE FIRMA DGDIYDP