UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario
Telef. 480-081/683931 int. 479 - E-MAIL: fcm@med.una.py WEB: www.med.una.py
San Lorenzo – Paraguay

…….…… /…….…… / ……..-
Día Mes Año

Señor
Profesor Doctor
LAURENTINO BARRIOS MONGES, Decano
Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción

Presente

Quien suscribe …… con Cédula de Identidad Civil N° ……., se dirige a usted y por su intermedio al Consejo Directivo a fin de solicitar inscripción al **CONCURSO DE TÍTULOS, MÉRITOS Y APTITUDES** para cubrir cargo con funciones de **MÉDICOS RESIDENTES, KINESIÓLOGOS RESIDENTES** y **JEFES DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS**, respectivamente, en virtud a lo dispuesto en la **Resolución N° 1325-00-2020** de fecha **07 de diciembre de 2020**, Acta N° **3153**, del Consejo Directivo, correspondiente al **periodo 2021-2022**, según detalle:

A) MÉDICO RESIDENTE

ESPECIALIDAD PRIMARIA:

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐ **3er. Año** ☐ **otro……. Año**
- ***Cátedra:** ……

  Hospital De Clínicas ☐ **Hospital Militar** ☐

(*) *SE ESPECIFICA LA CÁTEDRA A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA*

ESPECIALIDAD DERIVADA:

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐ **3er. Año** ☐ **otro……. Año**
- **Cátedra:** ……

B) KINESIÓLOGO RESIDENTE

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐

C) JEFE DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS

- **Cátedra**: ……

Teléfono Móvil N°: ……..

Correo Electrónico: ……

Deja expresa constancia de su conocimiento y aceptación de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en todo lo referente a los Concursos de Títulos, Méritos y Aptitudes realizados en la Institución. –

……
FIRMA

ORIGINAL: Secretaria General

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario
Telef. 480-081/683931 int. 479 - E-MAIL: fcm@med.una.py WEB: www.med.una.py
San Lorenzo – Paraguay

…….…… /…….…… / ……..-
Día Mes Año

Señor
Profesor Doctor
LAURENTINO BARRIOS MONGES, Decano
Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción

Presente

Quien suscribe …… con Cédula de Identidad Civil N° ……., se dirige a usted y por su intermedio al Consejo Directivo a fin de solicitar inscripción al **CONCURSO DE TÍTULOS, MÉRITOS Y APTITUDES** para cubrir cargo con funciones de **MÉDICOS RESIDENTES, KINESIÓLOGOS RESIDENTES** y **JEFES DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS**, respectivamente, en virtud a lo dispuesto en la **Resolución N° 1325-00-2020** de fecha **07 de diciembre de 2020**, Acta N° **3153**, del Consejo Directivo, correspondiente al **periodo 2021-2022**, según detalle:

A) MÉDICO RESIDENTE

ESPECIALIDAD PRIMARIA:

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐ **3er. Año** ☐ **otro……. Año**
- ***Cátedra:** ……

  Hospital De Clínicas ☐ **Hospital Militar** ☐

(*) *SE ESPECIFICA LA CÁTEDRA A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA*

ESPECIALIDAD DERIVADA:

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐ **3er. Año** ☐ **otro……. Año**
- **Cátedra:** ……

B) KINESIÓLOGO RESIDENTE

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐

C) JEFE DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS

- **Cátedra**: ……

Teléfono Móvil N°: ……..

Correo Electrónico: ……

Deja expresa constancia de su conocimiento y aceptación de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en todo lo referente a los Concursos de Títulos, Méritos y Aptitudes realizados en la Institución. –

……
FIRMA

DUPLICADO: Dirección de Postgrado; Cátedra/Departamento/Servicio

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Avda. Mcal. López y Coronel Cazal – Campus Universitario
Telef. 480-081/683931 int. 479 - E-MAIL: fcm@med.una.py WEB: www.med.una.py
San Lorenzo – Paraguay

…….…… /…….…… / ……..-
Día Mes Año

Señor
Profesor Doctor
LAURENTINO BARRIOS MONGES, Decano
Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción

Presente

Quien suscribe …… con Cédula de Identidad Civil N° ……., se dirige a usted y por su intermedio al Consejo Directivo a fin de solicitar inscripción al **CONCURSO DE TÍTULOS, MÉRITOS Y APTITUDES** para cubrir cargo con funciones de **MÉDICOS RESIDENTES, KINESIÓLOGOS RESIDENTES** y **JEFES DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS**, respectivamente, en virtud a lo dispuesto en la **Resolución N° 1325-00-2020** de fecha **07 de diciembre de 2020**, Acta N° **3153**, del Consejo Directivo, correspondiente al **periodo 2021-2022**, según detalle:

A) MÉDICO RESIDENTE

ESPECIALIDAD PRIMARIA:

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐ **3er. Año** ☐ **otro……. Año**
- ***Cátedra:** ……

  Hospital De Clínicas ☐ **Hospital Militar** ☐

(*) *SE ESPECIFICA LA CÁTEDRA A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA*

ESPECIALIDAD DERIVADA:

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐ **3er. Año** ☐ **otro……. Año**
- **Cátedra:** ……

B) KINESIÓLOGO RESIDENTE

- **Residente de 1er. Año** ☐ **2do. Año** ☐

C) JEFE DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS

- **Cátedra**: ……

Teléfono Móvil N°: ……..

Correo Electrónico: ……

Deja expresa constancia de su conocimiento y aceptación de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en todo lo referente a los Concursos de Títulos, Méritos y Aptitudes realizados en la Institución. –

……
FIRMA

TRIPLICADO: Interesado/a