

FORMULARIO DE INSCRIPCION

SEÑORA DECANA:

Por el presente, solicito mi inscripción al Concurso Público para cubrir dos (2) plaza en el Programa de Residencia Odontológica en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial en el Hospital “Dr. Julio Perrando” de la ciudad de Resistencia, Chaco.

<u>DATOS DEL ASPIRANTE</u>

NOMBRES Y APELLIDOS:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Documento Nacional de Identidad u otro que legalmente reemplace:

Indicación de la autoridad que lo expidió:

Denunciar el domicilio real y constituir domicilio legal para el Concurso, en la ciudad sede de la Facultad, donde serán válidas todas las notificaciones:

CALLE:

CIUDAD:

CODIGO POSTAL:

TELEFONO:

E-mail:

DOCUMENTACION PRESENTADA

Mencionar el detalle de la documentación presentada por el postulante, en original o copia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Todos los datos y antecedentes curriculares consignados en la ficha de inscripción o en la documentación agregada, serán considerados con carácter de **DECLARACION JURADA**; cualquier falsedad o adulteración de los mismos tendrá como consecuencia la anulación de la inscripción del Postulante al Concurso.

La presentación de esta solicitud de inscripción implica por parte del aspirante que la suscribe, el conocimiento, la aceptación y conformidad de las normas fijadas por la Resolución N° 370/09 modificada por similar N° 390/10.

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y ACLARACION