

FORMULARIO DE POSTULACIÓN ROTACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA

EN ÁREAS DE LA ONCOLOGÍA | Año 2019

1) DATOS PERSONALES

Apellido:

Nombres:

Nº de documento:

Nº de CUIL:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Estado Civil:

Domicilio Particular:

Localidad:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

¿Cómo se enteró de este Programa? **(Marcar solo 1 opción)**

- Mailing
- Página web del INC
- Página web de Sociedades
- Ex becarios del INC. Nombre: _____
- Otro colega ¿Quién? _____
- Otro. Detallar: _____

2) FORMACION PROFESIONAL

Nombre de la carrera:

Universidad o Facultad:

Promedio:

Año de egreso:

3) ROTACION A LA QUE POSTULA

Especialidad a la que aplica (indicar sólo UNA):

Nota importante: la elección final de la sede será por decisión de las autoridades del INC.

4) ANTECEDENTES LABORALES

Qué residencia se encuentra haciendo (nacional, provincial, privada, otro):

Nombre del hospital donde realiza su residencia médica:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Servicio en el que se desempeña:

Nombre del jefe/a de servicio:

Nombre de Director/a del Hospital:

5) ANEXOS

Adjuntar al presente formulario la siguiente documentación:

Anexo I. CV resumido del postulante (no más de 3 páginas).

Anexo II. Copia del título habilitante.

Anexo III. Fundamentación escrita de su interés en la presente rotación. OBLIGATORIA.

Anexo IV. Copia 1º y 2º hoja de DNI.

Anexo V. Copia matrícula profesional.

Nota: en caso de ser necesario, puede ser que se solicite documentación complementaria.

Del postulante:

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en el Formulario y en el resto de la documentación entregada para participar del llamado a concurso del Programa de Rotación de Residentes de Medicina en áreas de la oncología, y dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento correspondiente según Resolución Ministerial aprobada.

.....
Nombre y Apellido

.....
Fecha y firma

Del Director de Recursos Humanos y/o Coordinador de Docencia provincial:

Declaro mi aprobación a que el residente pueda realizar, en caso de ser seleccionado, la rotación de dedicación full time por 1 mes en el marco del Programa de Rotación de Residentes de Medicina en áreas de la oncología otorgada por el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina.

.....
Nombre y Apellido

.....
Fecha y firma



Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Remitir este formulario junto a la documentación solicitada al Instituto Nacional del Cáncer, sito en Av. Julio A. Roca 781 10º (C1067ABC), CABA.

Para mayor información contactarse al email rotacionresidentes.inc@gmail.com o a los teléfonos (011) 5239-0583 ó 5239-0572.