



## CARRERA PROFESIONAL ASISTENCIAL SANITARIA

### LEY 9892

#### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A CONCURSO

Apellido: .....

Nombres: .....

Fecha Nacimiento: ..... Matrícula: ..... Nacionalidad: .....

Documento de identidad: DNI – LC – LE (Tachar lo que no corresponde) .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Teléfono: ..... E-Mail: .....

Título Profesional: ..... Fecha de Egreso: .....

#### CARGOS CONVOCADOS A LOS QUE SE INSCRIBE

Resolución N°: .....

(1) Cargo: ..... Servicio: .....

(1) Establecimiento Asistencial: .....

(2) Cargo: ..... Servicio: .....

(2) Establecimiento Asistencial: .....

(3) Cargo: ..... Servicio: .....

(3) Establecimiento Asistencial: .....

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente, se corresponden fielmente, como asimismo el cumplimiento de todos los recaudos exigidos para la inscripción.-**

.....  
Firma y Aclaración