



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA – SECCIÓN DE POSGRADO

PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2021

FICHA DE INSCRIPCION

La presente debe ser llenada, usando minúsculas, mayúsculas y con las tildes que tengan lugar.

- APELLIDOS: _____
- NOMBRES: _____
- ESPECIALIDAD A LA QUE POSTULA : _____
- MODALIDAD : _____ N° CÓDIGO: _____
- FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
- N° DNI: _____ ESTADO CIVIL: _____
- DOMICILIO : _____
- DEPARTAMENTO: _____ PROVINCIA: _____ DISTRITO: _____
- TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____ RPM o RPC: _____
- EMAIL: _____

COLOCAR
FOTOGRAFÍA

Dejo constancia de que mis datos son los correctos y conforme están escritos, los mismos que deben ser utilizados en caso se requiera hacerme llegar información importante.

Trujillo, _____ de 20



Firma del Postulante

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA – SECCIÓN DE POSGRADO
PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2021

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL RESIDENTADO MÉDICO

ESPECIALIDAD DE.....

MODALIDAD.....

Sr. Director de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud:

Apellidos

Nombre(s) del Postulante:

DNI: _____

Nº Colegio Médico: _____

Que siendo Médico colegiado, me encuentro apto (a) para postular a la Especialidad de de la Sección de Posgrado - Escuela de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud, por lo que solicito se me conceda el derecho de inscripción para rendir el examen y en caso de ser ingresante al residentado medico 2021, adjudicar la plaza en la Sede Docente que corresponda.

Para lo cual adjunto los requisitos exigidos en la Carpeta de Admisión.

Trujillo, ____ de _____ de 20__



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA – SECCIÓN DE POSGRADO
PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2021

COMPROMISO DE HONOR

Yo,, identificado con D.N.I. N°....., médico cirujano con inscripción en el Colegio Médico del Perú N°, asumo la responsabilidad de los pagos (matrículas y pensiones) que corresponden a los estudios de la Residencia Médica en la especialidad de y entiendo que los mismos no están sujetos a descuentos, ni exoneraciones de pago.

Trujillo, ____ de _____ de 20__

HUELLA

Firma del Postulante

DNI:

