

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - lado 1-
SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD DE TUCUMÁN
DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN -
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS

Fecha de Inscripción:...../...../.....N°DE ORDEN.....
Profesión.....
Residencia a la que se postula:.....
CUIL (adjuntar constancia) N°.....

A) Informar si está designado en el SIPROSA. Marcar: SI NO

- En caso afirmativo señalar si es: O Titular. O Interino. O
Transitorio. O Reemplazante.

y lugar de trabajo.....

B) Informar si pertenece a la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal: SI NO

- En caso afirmativo indicar si es: O Titular. O Interino. O
Transitorio. O Reemplazante.

y lugar de trabajo.....

QUEDA NOTIFICADO QUE: en caso de obtener un cupo para ingresar a una Residencia del SIPROSA, y cuenta con cargo en alguna dependencia detallada en "A" o "B", DEBERÁ RENUNCIAR para poder ingresar a la misma. (Reglamento de Concursos de Residencias-Art. 28°).

1) DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:

Fecha de Nacimiento:...../...../..... DNI N°.....

Lugar de Nacimiento.....País:.....

Domicilio Actual:

Ciudad o Dpto.:..... Provincia:

Estado Civil:..... E-mail.....

Teléfono Fijo: (.....)..... Teléfono

Celular:(.....).....

Firma del postulante:.....

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN -
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - lado 2 -

2) ANTECEDENTES CURRICULARES – (Máximo 50 Puntos)

- 1-Promedio General de la Carrera x 3 (máximo 30 ptos.)...../.....Puntos
- 2-Prácticas Profesionalizantes -Periurbano/Rural- (máx.5
 ptos.)...../.....Puntos
- 3-Residencias: 3.0 ptos./ año aprobado (máx. 12
 ptos.)...../.....Puntos
- 4-Concurrencias: 1.5 ptos./ año aprobado (máx. 6
 ptos.)...../.....Puntos
- 5- Ayudante Docente: 1.5 ptos. x año Acreditado (máx.3
 ptos.)...../.....Puntos

TOTAL=.....Puntos

El Acto Administrativo de Inscripción, implica que el postulante acepta en su totalidad el presente Reglamento, y las Bases y Condiciones del Concurso. El presente instrumento tiene **CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**, y cualquier falsedad u omisión de algún dato, **IMPLICA QUE EL POSTULANTE PUEDE SER EXCLUIDO DEL CONCURSO** en el momento de verificarse las mismas, y pasible a las sanciones previstas en la Legislación vigente.

Controlar los datos consignados antes de firmar.

.....
Firma Responsable de RRHH Salud

.....
Firma del postulante