

FUNDACIÓN FAVALORO HUFF – PERFECCIONAMIENTO MÉDICO



Por favor, completar con letra de imprenta

Apellidos: Nombres:

Domicilio: Localidad:

Teléfono Part.: Celular: e-mail:

▲ POR FAVOR - ESMERARSE EN ESCRIBIR ESTOS DATOS BIEN LEGIBLES ▲

Edad (actual):..... Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad: DNI / LE / LC / PAS N°.....Matrícula Nac N° /Prov. N°.....

Cursó Medicina en: Puntaje Final:

institución / lugar

ME POSTULO AL CARGO DE BECARIO EN:

INDICAR LA ESPECIALIDAD

RESIDENCIA COMPLETA en :.....

especialidad

cumplida en:

institución / lugar

otra/s RESIDENCIA/S, POSGRADOS y/o ESPECIALIZACIONES:

en:en completó

especialidad

institución / lugar

SÍ / NO o años

en:en completó

especialidad

institución / lugar

SÍ / NO o años

en:en completó

especialidad

institución / lugar

SÍ / NO o años

Declaro veraces los datos aquí consignados, y me comprometo a presentar en original los certificados y fotocopias legalizadas que se me requieran.

Fecha:

(firma)