|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CONCURSO DE INGRESO A CARRERA MÉDICA**  **2023 - MSDSyD - MENDOZA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** |  |
| **APELLIDO Y NOMBRE** |  |
| **DNI** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL**  (oficial para recibir notificaciones) |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **DOMICILIO** |  |
| **ESPECIALIDAD**  (a la que concursa) |  |
| **CARGO/S**  Completar con el Número de/los cargo/s al que concursa (puede ser más de uno) expresado en número y letra. |  |

Declaro expresa conformidad a las condiciones establecidas para el proceso de Concurso de Ingreso a Carrera Médica 2023, dispuesto por  Resolución N°……………./2023(completar con el numero de Resolución que corresponda)

FIRMA DEL CONCURSANTE                                                ACLARACIÓN Y FECHA