

FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCION PARA CONCURSO CERRADO



Dirección General
de Recursos Humanos
Ministerio de Salud

Inscripto N°: _____

DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Nombre: _____
DNI: _____ CUIL: _____ - _____ Sexo: M / F Fecha Nacimiento: ____/____/____
Nacionalidad: _____

CONTACTO

TE particular: _____ TE celular: _____ TE alternativo: _____
Email: _____

DOMICILIO REAL

Calle: _____ Número: _____ Piso/Depto: _____
Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle: _____ Número: _____ Piso/Depto: _____
Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

ESTUDIO

Título: _____ Universidad: _____
Matrícula Profesional: _____ Expedida por: _____
Especialidad: _____

CARGO ACTUAL EN EL MINISTERIO DE SALUD

Establecimiento: _____
Cargo: _____

INSCRIPCION POR APODERADO

Apellido y Nombre: _____
Tipo y N° Documento: _____ N° Acta: _____

DOCUMENTACION PRESENTADA

Documentación	Cant. Fojas	Obra agregado a Fs
Curriculum		
Título		
Especialidad		
Matrícula		
Documento		
Otros		

Cantidad de fojas: _____

Soporte magnético? SI / NO

CARGO A CONCURSAR

Cargo: _____

Declaro bajo juramento que los datos, manifestaciones efectuadas
y documentación presentada son exactos y verdaderos, sin omitir ni
falsear dato alguno.

Fecha, Firma y Aclaración

RECEPCION DEL FORMULARIO Y DOCUMENTACION EN ORIGINAL Y 1 (UNA) COPIA EN SOPORTE MAGNETICO (CD)

Buenos Aires, _____ de _____ de _____



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Buenos Aires,

Referencia: ANEXO I (FORM INSC)EX-2017-27124083- -MGEYA-DGAYDRH

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.