



MINISTERIO
DE SALUD



COMISIÓN NACIONAL DE DOCENCIA DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESPECIALIDADES PARA MÉDICOS QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO (Llenar en digital)

Nombre del Concursante _____

Cédula: _____ Celular: _____ e-mail _____

Región donde labora: _____ Institución de Salud: MINSA__ CSS__ Otra _____

Plaza por la cual concursará: _____ Cantidad de páginas entregadas: _____

Fecha de recepción de documentos: _____

1.	Formulario de inscripción impreso	
2.	Original y copia de la cédula de identidad personal vigente	
3.	Original y copia del Diploma de título de médico, autenticado y registrado	
4.	Original y copia de los Créditos Universitarios	
5.	Original y copia de Idoneidad profesional	
6.	Copia de certificado de aprobación del primer y segundo año de internado	
7.	Copia de las calificaciones obtenida en el primer y segundo año de internado	
8.	Certificación de aprobación del examen de conocimientos generales vigente expedida por la facultad de medicina de la Universidad de Panamá.	
9.	Hoja de vida, incluye copias de las ejecutorias	
10.	Certificado de buena salud física (original)	
11.	Certificado de buena salud mental (original)	
12.	Presentar dos fotografías tamaño carné reciente e iguales, con su nombre completo y número de cédula al reverso de ella	
13.	Dos cartas de recomendación de personas que se relacionen con su desempeño.	
14.	Nota de recursos humanos que certifique el tiempo y lugar dónde se encuentra laborando	

***No se aceptará ninguna solicitud que no tenga cotejado todos los requisitos.**

Entregado por (Nombre y firma)

No. de cédula

Recibido Por

Devuelto

*No engargolar este formulario