



MINISTERIO
DE SALUD



COMISIÓN NACIONAL DE DOCENCIA DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESPECIALIDADES GENERALES PARA MÉDICOS NACIONALES (Llenar en digital)

Nombre del Concursante _____

Cédula _____ Celular: _____

Plaza por la cual concursará: _____ Correo _____

Fecha de recibo de documentos: _____ Cantidad de páginas entregadas: _____

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 la Idoneidad profesional o Constancia del Consejo Técnico de Salud que certifique que está en trámite.	
6.	Original y copia de certificado de aprobación del primer y segundo año de internado	
7.	Original y 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 (facultad de Odontología para aspirantes a maxilofacial)	
9.	Hoja de vida que 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.	

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

Entregado por (letra legible)

No. de cédula

Recibido Por

Devuelto

*No engargolar este formulario