



**COMISIÓN NACIONAL DE DOCENCIA DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
SUB-ESPECIALIDADES PARA MÉDICOS NACIONALES
(Llenar en digital)**

Nombre del Concurante _____

Cédula: _____ Celular: _____ email: _____

Plaza por la cual concursará: _____

Tiene contrato previo de la especialidad: SÍ__ NO__ Ya cumplí mi compromiso laboral__

- Mi contrato es con: MINSA__ CSS__ otro: _____ En la región de Salud: _____
- **MINSA:** presentación de carta aval para inscripción: SÍ__
- **CSS:** se encuentra cumpliendo su compromiso laboral: SÍ__ NO__

Cantidad de páginas Entregada: _____ Fecha de recepción de documentos: _____

1.	Original y una fotocopia de la cedula de identidad personal	
2.	Original y una fotocopia del Diploma de título de médico.	
3.	Original y una fotocopia de la Idoneidad profesional de Medico General	
4.	Original y una fotocopia del certificado de terminación de la especialidad básica	
5.	Original y una fotocopia de la certificación de notas de la especialidad	
6.	Original y una fotocopia de la Idoneidad de Médico Especialista o constancia de la idoneidad en trámite.	
7.	Dos fotografías tamaño carnet reciente y con su nombre completo al reverso de ella.	
8.	Hoja de vida incluyendo original y fotocopias de ejecutorias	
9.	Certificado de buena salud física (Original)	
10.	Certificado de buena salud mental (Original)	
11.	Original y una fotocopia dos cartas de recomendación de la especialidad	

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

Entregado Por (Nombre y firma)

No. de Cédula

Recibido Por

Devuelto