



MINISTERIO
DE SALUD



COMISION NACIONAL DE DOCENCIA DE MEDICOS RESIDENTES E INTERNOS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INTERNADO MÉDICO

Indicaciones: Debe llenar el documento en digital y su firma en pluma de tinta azul.

Grupo de inscripción al que aplica (*marcar con un gancho):

* Por primera vez _____ *Certificación automática (graduado antes de abril 2014): _____ *Solamente segundo año: _____

Nombre completo: _____

Cédula: _____

Edad: _____

Teléfono celular: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Residencia Actual: _____

Correo electrónico: _____

Universidad de Procedencia: _____ **Año de graduación:** _____

Fecha en que realizó el Examen de Certificación: _____ **Puntaje (%) obtenido:** _____

Firma: _____ **Fecha de entrega de documentos:** _____

Recibido por: _____

Observación: la recepción de los documentos será en físico y solamente se recibirán aquellos que estén completos:

1. Dos (2) Formularios de inscripción debidamente llenos digital e impresos
2. Original y Copia legible de su cédula
3. Original y Copia del Diploma del Título Universitario de Doctor en Medicina.
4. Original y Copia del Certificado del Examen de Certificación Básica en Medicina en el que se indica el puntaje aprobado
5. Original y copia de la Nota expedida por el Consejo Técnico de Salud que lo autoriza para realizar el Internado Médico (debe solicitarla al Consejo Técnico de Salud)