

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES / MINISTERIO DE SALUD****FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCION PARA CONCURSO PUBLICO**

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
Currículum		
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 _____



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
2016-Año del Bicentenario de la Declaración de Independencia de la República Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Buenos Aires,

Referencia: ANEXO II - EE 2016- 22671207-MGEYA-DGAYDRH

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