**SOLICITUD DE INGRESO**

**PROGRAMAS DE MAESTRÍAS Y ESPECIALIDADES (Residencias Médicas) – AÑO 2019**

****

**DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
| Primer Apellido | | Segundo Apellido (no de casada) | | | | Nombres | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | |  | | | | | |
|  |  | |
| Dirección | | | | AREA - Teléfono | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Haga clic aquí para escribir su fecha de nacimiento. | | Elija un país. | | Elija un elemento. | | |  | | | |  | |
| FECHA DE NACIMIENTO | PAIS DE NACIONALIDAD | | | ESTADO CIVIL | | | CUI (nacionales) PASAPORTE (extranjeros) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Elija una Universidad. | | | | | | | | Elija un año | |  | | |
| Universidad EN LA QUE OBTUVO EL TíTULO DE MÉDICO(A) Y CIRUJANO(A) | | | | | | | | AÑo de Graduación | | NÚMERO DE COLEGIADO COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE GUATEMALA | | |
| **DATOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN** | | | | | | | | | | | | |
| Elija un programa.  **Primera Maestría o Especialidad** | | | Elija un programa.  **Segunda Maestría o Especialidad** | | | Elija un hospital | | | | | | |
| INDIQUE LA MAESTRÍA O ESPECIALIDAD a lA que desea ingresar  (SOLO PUEDE SELECCIONAR UNA OPCIÓN DE LO CONTRARIO NO SE PROCESARÁ LA SOLICITUD) | | | | | | Hospital al que desea ingresar  (verifique en la convocatoria que esté disponible el programa en el hospital) | | | | | | |
| Si usted realizó estudios de postgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala previamente indique lo siguiente**:** nombre de programa, hospital y año de egreso o de retiro. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Elija un hospital | | | | Elija un año | | | Elija un año. | |
| Nombre del Programa | | | | | Hospital | | | | año de egreso | | | año de retiro | |

**DECLARO que la información indicada es verídica, que conozco las Restricciones de la Normativa de la Escuela de Estudios de Postgrado e instituciones hospitalarias para participar en el proceso de oposición, caso contrario asumo la responsabilidad por falsedad, responsabilidad legal y causal de retiro del proceso de selección 2019.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Haga clic aquí para escribir una fecha.

***ORIGINAL Colocar como primera hoja del Expediente. COPIA Archivo Personal***

***Editor/DrLRuiz 2019***