**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)