**MINISTERIO DE SALUD**

**COMISIÓN NACIONAL DE DOCENCIA DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS**

**FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS**

**REQUISITOS PARA EL CONCURSO DE RESIDENCIAS MÉDICAS**

**ESPECIALIDADES GENERALES**

**(COTEJAR-PONER GANCHO)**

**Nombre del Concursante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de recibo de documentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plaza por la cual concursará: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_correo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad de páginas entregadas: \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Formulario de inscripción impreso |  |
| 2. | Original y copia de la cédula de identidad personal vigente |  |
| 3. | Original y copia del Diploma de título de médico, autenticado y registrado |  |
| 4 | Original y copia de los Créditos Universitarios |  |
| 5 | Copia de Idoneidad profesional o Nota del Consejo Técnico de Salud que certifique que está en trámite |  |
| 6. | Copia de certificado de aprobación del primer y segundo año de internado |  |
| 7. | Copia de las calificaciones obtenida en el primer y segundo año de internado |  |
| 8. | Certificación de aprobación del examen de conocimientos generales vigente expedida por la facultad de medicina de la Universidad de Panamá (facultad de Odontología para maxilofacial) |  |
| 9. | Hoja de vida incluye copias de las ejecutorias |  |
| 10 | Certificado de buena salud física (original) |  |
| 11. | Certificado de buena salud mental (original) |  |
| 12. | Presentar dos fotografías tamaño carnet reciente e iguales y con su nombre completo, número de cédula al reverso de ella |  |
| 13. | Dos cartas de recomendación de personas que se relacionen con su desempeño. |  |

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Entregado por (letra legible) N° de cédula**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recibido Por Devuelto**