



**SOLICITUD DE INSCRIPCION  
PARA EL CONCURSO DE  
RESIDENCIAS MEDICAS DE LA  
POLICLINICA BANCARIA**

**FECHA**

ESPECIALIDAD:..... N° DE INSCRIPCION:.....  
APELLIDO Y NOMBRE:.....  
FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:..... SEXO:.....  
LUGAR DE NACIMIENTO:..... ESTADO CIVIL:.....  
D.N.I:..... MATRICULA N°:.....  
DOMICILIO:.....  
LOCALIDAD:..... PCIA:.....  
T.E:..... CEL:.....  
E-MAIL:.....  
TITULO O CONSTANCIA DE PROFESION OTORGADA POR LA UNIVERSIDAD DE:  
.....  
FECHA DE EGRESO:..... PROMEDIO GENERAL DE CALIFICACIONES  
(Certifico oficialmente, con aplazo):.....

**Declaro conocer y aceptar sin reserva las condiciones del Concurso de Residencias de la Obra Social Servicios Sociales Bancario, afirmando bajo juramento que los datos aquí consignados son verídicos.**

.....  
**FIRMA**