

Anexo III

Formulario FCS/FCH. 03

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LAS MISIONES – UCAMI -
CONCURSO DE ANTECEDENTES

CARRERA: Medicina

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Materia:

Categoría del Cargo:Dedicación:.....

DATOS PERSONALES
Apellido:
Nombres:Estado Civil:
Apellido y Nombres del Padre:.....
Apellido y Nombres de la Madre:.....
Documento de Identidad: Tipo:N°.....
Localidad de Nacimiento:Provincia o Estado:
País:.....Nacionalidad:.....
Fecha de Nacimiento: Día.....Mes.....Año.....
Domicilio: Calle:.....N°:.....Piso:Dpto:.....
Localidad:.....Dpto./Partido:.....
Provincia:.....País:
T.E. fijo:.....T.E. Celular:
E-mail:

Por la presente declaro conocer y prestar plena conformidad con el Reglamento de Concursos de Antecedentes de la Universidad Católica de las Misiones (Res. CS N° 118/2020), como así también de las condiciones particulares que se establecen en la convocatoria del presente Concurso de Antecedentes-----

POSADAS,/...../..... HORA: