



NOTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Corrientes,

Al Sr. Decano
de la Facultad de Odontología
de la Universidad Nacional del Nordeste
PROF. DR. ROQUE OSCAR ROSENDE
S / D

Por la presente, solicito la inscripción al llamado a Concurso para cubrir 2 (dos) plazas en el marco del Programa de Residencia Universitaria en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial FOUNNE - Hospital "Dr. Julio Perrando" MSP de la Provincia del Chaco.

Apellido y Nombre del Postulante:

D.N.I.:

Domicilio:

Teléfono:

Firma:

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN

- Ser argentino nativo o extranjero con residencia permanente.
- No tener más de tres (3) años de obtenido el Título Universitario Habilitante en la modalidad a concursar, a la fecha de efectuarse la inscripción.
- Asimismo, serán admitidos aquellos que acrediten mediante Certificado Legalizado por la respectiva Universidad, la fecha de finalización de sus estudios y que tengan en trámite el Título Habilitante. Sólo se aceptarán certificados que tengan validez legal a la fecha de la inscripción.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA LA INSCRIPCIÓN

- Nota solicitud de inscripción
- 2 (dos) fotos 4x4 fondo blanco
- Fotocopia del DNI
- Fotocopia autenticada por Escribano Público Nacional o por el Rectorado de la UNNE, del Título profesional otorgada por Universidad Pública o Privada.
- Certificado Analítico con promedio obtenido.
- Constancia de antecedentes curriculares según Art. 8 punto II de la Resolución N° 370/09 C.D.