



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

ANEXO A

ESPECIALIDAD: _____

CENTRO FORMADOR _____

INSTITUTO: FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - U.N.R.

DOCUMENTO TIPO. NÚMERO.

C.U.I.L./C.U.I.T. N°

APELLIDO Y NOMBRES.

APELLIDO MATERNO. APELLIDO DE CASADA.

FECHA DE NACIMIENTO. NACIONALIDAD.

LUGAR DE NACIMIENTO. ESTADO CIVIL.

GRUPO SANGUINEO. SEXO M – F (Tachar lo que no corresponda)

DOMICILIO calle. Nro. piso. Dpto.

LOCALIDAD. C.P.

TELEFONOS: part. consultorio. celular.

CORREO ELECTRONICO:

TITULOS QUE POSEE:

Enseñanza Media:.....año de egreso:

Grado:año de egreso:.....otorgado por:.....

Postgrado:.....año de egreso:.....otorgado por:.....

Firma y aclaración

IMPORTANTE

Para poder percibir los haberes que correspondieren deberá presentarse con el Formulario Adjunto (Anexo A) la siguiente documentación:

- Dos (2) fotocopias del D.N.I. (las primeras dos hojas – si hubiere hecho cambio de domicilio adjuntar dos fotocopias).
- Dos (2) fotocopias C.U.I.L. / C.U.I.T.