FUERZA AEREA ARGENTINA
DIRECCION GENERAL DE SALUD
HOSPITAL AERONAUTICO CENTRAL
DEPARTAMENTO DOCENCIA E INVESTIGACION

FOTOGRAFIA

SOLICITUD DE INSCRIPCION

RESIDENCIA DE INTERÉS .....

1º PARTE - DATOS PERSONALES

APELLIDOS:..... .....NOMBRES: .....
FECHA DE NACIMIENTO:.....DNI:.....
EDAD:.....NACIONALIDAD:.....
LUGAR DE NACIMIENTO:..... ESTADO CIVIL:..... .....
DOMICILIO ACTUAL:..... .....
TELEFONOS: 1.( )..... 2.( )..... 3.( )..... .....

E-MAIL: .....

2º PARTE - DATOS DE CARRERA

TITULO:.....
UNIVERSIDAD.....
PROMEDIO DE EGRESO (con aplazos).....

3º PARTE - DECLARACIONES DEL ASPIRANTE

Declaro que los datos de la presente declaración jurada son exactos.

Buenos Aires, de 2019

FIRMA DEL ASPIRANTE RECEPCIONA

4º PARTE - DOCUMENTACION PRESENTADA (para completar por personal del Hospital)

TITULO UNIVERSITARIO		CERTIFICADO DE TITULO EN TRÁMITE	
ANALITICO LEGALIZADO		CERTIFICADO DE PROMEDIO	
CERTIFICADO DE REINCIDENCIA		FOTOCOPIA DE DNI	
CURRICULUM VITAE		CERTIFICADO DE AYUDANTIAS	
CUIL		CONSTANCIA DE INSCRIPCION UBA	
PARTIDA DE NACIMIENTO		INSCRIPCION CONDICIONAL	

MATRICULA