

**ANEXO V**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

EDAD: ..... ESTADO CIVIL: .....

NACIONALIDAD: ..... DOCUMENTO N° .....

DOMICILIO: .....

TELEFONO FIJO: ..... CEL: .....

E MAIL: .....

TITULO: .....

OTORGADO POR: .....

TITULO ESPECIALISTA: .....

MATRICULA PROVINCIAL N°.....

**EXPERIENCIA LABORAL EN SALUD PÚBLICA (Hospital , CAPS, y período)**

.....

.....

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL .....

DEPENDENCIA ACTUAL .....

OBSERVACIONES: (El postulante debe especificar el n° de hojas que adjunta a la solicitud de Inscripción)

.....

Los datos que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada.

Lugar y fecha: .....

.....

Firma y aclaración