



MINISTERIO
DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

COMISION NACIONAL DE DOCENCIA DE MEDICOS RESIDENTES E INTERNOS

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA EL INTERNADO MEDICO

Indicaciones: Debe llenar el documento en letra imprenta y legible, una vez completado adjuntar la información solicitada y enviar al correo: condmri@gmail.com

Nombre completo _____

Cédula _____

Edad _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Universidad de Procedencia _____

Fecha y Porcentaje obtenido en examen de Certificación _____

Fecha de entrega de documentos: _____

Obs: debe remitir en formato PDF adjunto con el formulario de inscripción, su copia de cédula, Diploma de Título Universitario de Doctor en Medicina, Certificado de Aprobación de examen de certificación, nota del consejo técnico autorizando el internado. Se realizará la confirmación vía correo de la recepción de los documentos en un periodo de 24 a 48 horas.