

I- Datos Personales

_____		F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Apellido/s (Sobrenome/s)	Nombre/s (Nome/s)	Género (Género)	
_____	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento (Data de nascimento)	Lugar de nacimiento (Lugar de nascimento)	Nacionalidad (Nacionalidade)	
_____	_____	_____	
Nº de Pasaporte (Nº de Passaporte)	Domicilio particular (Endereço)		
_____	_____		
Código postal (CEP)	Ciudad (Cidade)	País (Pais)	
_____	_____	_____	
Correo electrónico (E-mail)	Teléfono particular (Telefone)	Celular (Celular)	
_____	_____	_____	

II- Antecedentes Académicos

Universidad donde estudia (Universidade onde voce estuda) _____ Promedio general (Indicar escala) (Promedio geral) _____

Idiomas

	Básico	Int.	Avanzado
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portugués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro: ¿Cuál? _____

III- Detalles de Solicitud

Rotación a realizar	Sede	Período
Clínica Médica <input type="checkbox"/>	Buenos Aires <input type="checkbox"/>	Febrero - Abril <input type="checkbox"/>
Cirugía <input type="checkbox"/>	La Rioja <input type="checkbox"/>	Abril - Mayo <input type="checkbox"/>
Medicina Infanto-Juvenil <input type="checkbox"/>	Santo Tomé <input type="checkbox"/>	Mayo - Julio <input type="checkbox"/>
APS <input type="checkbox"/>		Julio - Septiembre <input type="checkbox"/>
Toco-Ginecología <input type="checkbox"/>		Noviembre - Diciembre <input type="checkbox"/>

Fecha (data): _____