

### I- Datos Personales

Apellido/s

Nombre/s

Fecha de nacimiento

F  M   
Género

FOTO

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Nº de Pasaporte

Domicilio particular

Código postal

Ciudad

País

Correo electrónico

Teléfono particular

Celular

### II- Antecedentes Académicos

Año de la carrera en curso

Promedio general

#### Idiomas

Básico Int. Avanzado

Inglés

Francés

Portugués

Español

Otro: ¿Cuál?

#### Sede en la que estudia

Buenos Aires

La Rioja

Santo Tomé

### III- Detalles de Solicitud

#### Rotación a realizar

Clínica Médica

Cirugía

Medicina Infanto-Juvenil

APS

Toco-Ginecología

#### Período

Febrero - Abril

Abril - Mayo

Mayo - Julio

Julio - Septiembre

Noviembre - Diciembre

#### País (seleccionar 2 opciones)

Estados Unidos

Bolivia

Brasil

Colombia

Ecuador

España

Italia

México

Paraguay

Portugal

Fecha de la solicitud: