

**ASPIRACIÓN A INGRESO
MEDICO PSIQUIATRA ESCALAFON II GR. 12**

NOMBRE COMPLETO:
DOMICILIO:
TELEFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:

INDICAR LA REGION A LA QUE ASPIRA TENIENDO PRESENTE QUE COMPRENDE LAS CIUDADES QUE SE INDICAN EN CADA CASO:

REGION 1 :

ARTIGAS, BELLA UNION, RIVERA, TACUAREMBO, PASO DE LOS TOROS

REGION 2:

SALTO, PAYSANDÚ, YOUNG, FRAY BENTOS

REGION 3:

DURAZNO, FLORES, FLORIDA

REGION 4:

RIO BRANCO, MELO, TREINTA Y TRES

REGION 5:

MERCEDES, DOLORES, COLONIA, ROSARIO, CARMELO, SAN JOSE, LIBERTAD

REGION 6:

LAVALLEJA, ROCHA, CHUY, MALDONADO, SAN CARLOS

REGION 7:

CANELONES, LAS PIEDRAS, PANDO, ATLÁNTIDA, CIUDAD DE LA COSTA, LIBERTAD

REGION 8:

MONTEVIDEO

FIRMA: