A través de la presente **autorizo a:**………………………………………………………………………..

**D.N.I:**……………………………a realizar en mi nombre la **inscripción** al concurso para ingreso a 1er año del Sistema de Formación de Especialidades Médicas para Médicos Residentes Becarios de Posgrado y Alumnos Becarios de Carreras de Especialización de Posgrado en la Especialidad de ………………………………………………………………………………………ante la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.R, por encontrarme personalmente imposibilitado de realizar dicho trámite.

Así mismo declaro conocer y aceptar la reglamentación vigente del Concurso y obligaciones que de ello se derivan como postulante al cargo.

Firma del autorizante……………………….

Aclaración…………………………………..

D.N.I………………………………………..