

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA ASPIRANTES A LA RESIDENCIA DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Fecha del examen: A CONFIRMAR (por consultas enviar un mail a docencia@iradiologico.com.ar)

Fecha de solicitud de inscripción:

1. Datos Personales

Apellido	
Nombre	
DNI	
Edad	
Lugar Y Fecha De Nacimiento	
Estado Civil	
Domicilio	
Localidad/código Postal	
Provincia	
Teléfono Particular	
Teléfono Celular	
Correo Electrónico	

2. Datos Académicos

Título	
Universidad/facultad	
Año Ingreso	
Año Egreso	
Promedio Sin Aplazos	
Promedio Con Aplazos	

(0223) 499-1400

Catamarca 1542. Buenos Aires 2551.

Mar del Plata.

info@iradiologico.com.ar

www.iradiologico.com.ar