



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS  
MONTEVIDEO - URUGUAY

Aprobado por Comisión Directiva  
de la Escuela de Graduados el 30/3/00

## SOLICITUD DE REALIZACION DE CURSO DE POSTGRADO BAJO REGIMEN DEL INTERIOR

### PARTE I: PARA SER LLENADO POR EL ALUMNO

1 Nombre completo del solicitante:

.....

ESPECIALIDAD: .....

Domicilio: .....

Tel: ..... CEL: .....

E-mail para ser notificado: .....

Ciudad: ..... Departamento: .....

>>>>>>>>>> (Adjuntar constancia de la Seccional Policial) <<<<<<<<<<<<

2 Si trabaja en Instituciones médicas, especifique cuáles, así como el cargo que desempeña:

2.1 ..... de la ciudad de

..... con el cargo de .....

2.2 ..... de la ciudad de

..... con el cargo de .....

2.3 ..... de la ciudad de

..... con el cargo de .....

(Adjuntar constancia de la Institución)

3 ¿Existe en alguna de esas Instituciones un colega que posea el Título de Especialista al que Usted aspira, que pueda ser su Tutor-guía y responsable de sus actividades de aprendizaje?

SI Nombre del Tutor propuesto .....

NO

4 En caso que no exista Tutor en la Institución, ¿existe sí en la localidad donde reside?

SI Nombre del Tutor propuesto .....  
NO

- 5 El alumno sabe que la renovación de la solicitud debe ser anual, actualizando toda la documentación presentada y que la aprobación de la misma depende de la Comisión Directiva de la Escuela de Graduados.-

.....  
Firma

## **PARTE II: PARA SER LLENADO POR EL ASPIRANTE A TUTOR**

### 5.1 Nombre completo:

.....

Domicilio: .....

Tel: ..... CEL: .....

E.mail: .....

La Unidad Docente se comunicará con el Tutor para realizar una entrevista.

### 5.2 a) **¿Trabaja en alguna Institución Médica?** (Pública o Privada) (Adjuntar constancias)

Especifique cuál .....

Cargo que desempeña .....

Promedio semanal de consultas en policlínica .....

Promedio semanal de consultas de sala .....

Horas de guardia semanales ..... actos quirúrgicos .....

Otros actos médicos ..... (adjunte constancias)

### b) **¿Trabaja en alguna otra Institución Médica?** (adjunte constancias)

Especifique cuál .....

Cargo que desempeña .....

Promedio semanal de consultas en policlínica .....

Promedio semanal de consultas de sala .....



.....  
Firma del Tutor

.....  
Firma del solicitante

Montevideo,.....

Estando completa la precedente solicitud, pase a la Unidad Docente de.....  
..... Se solicita que una vez informado por la Unidad Docente, se remita el presente formulario a la Escuela de Graduados a la brevedad.

.....

Firma

### **PARTE III: PARA SER LLENADO POR LA UNIDAD DOCENTE**

A efectos de una correcta coordinación, la Unidad Docente entrevistará al Tutor quien **deberá presentar su Currículum.**

¿Acepta al Dr.....como postgrado bajo Régimen del Interior?

SI

NO

En caso afirmativo especifique frecuencia, horario y actividades que desarrollará el alumno en su concurrencia al Servicio.-

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Síntesis de la entrevista mantenida entre la Unidad Docente y el Tutor:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Firma de la Unidad Docente

Fecha.....