



*Colegio de Médicos*

DE LA PROVINCIA DE SANTA FE  
PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN

9 DE JULIO 2464 - 3000 - SANTA FE

TE.: 0342-4520182-4520176 (INT 2)

[betiana@cmsf.org.ar](mailto:betiana@cmsf.org.ar) ó [silvinareinero@cmsf.org.ar](mailto:silvinareinero@cmsf.org.ar)

---

**DECLARACION JURADA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Datos personales profesional médico:

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

MATRICULA Nº: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONOS: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD EJERCIDA: \_\_\_\_\_

Por la presente, deajo constancia que, según Resolución de Mesa Directiva de fecha 15/09/2016, bajo el ACTA Nº 2728, ejerzo la opción de que se me categorice como ALTO RIESGO, a los fines de la adecuada cobertura en el S.A.P. RC (seguro praxis médica)

Firmo la presente con carácter de Declaración Jurada.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Nº matricula: \_\_\_\_\_

---

APROBADO POR MESA DIRECTIVA

ACTA:

FECHA: