

ANEXO I

SOLICITUD DE ACREDITACION DE CUIDADOS PALIATIVOS

Santa Fe,de.....de 20...

Sr.Presidente del
Colegio de Médicos de la Prov. De
Santa Fe, 1° Circ.

S ____/____ D

De mi mayor consideración:

Solicito efectuar acreditación en este Colegio
de Médicos en la especialidad de Cuidados Paliativos.

Declaro conocer la Reglamentación de
Acreditación y aceptar las obligaciones correspondientes. Presento la
solicitud por antecedentes curriculares

Apellido y Nombre:

Edad: D.N.I.: Matrícula:

Domicilio.....

C.P..... Localidad.....

Domicilio Profesional.....

Teléfono.....E-Mail:

.....

Firma y Sello