

COMITE DE RECERTIFICACION

FORMULARIO R. 1

SOLICITUD DE RECERTIFICACION

Santa Fe,..... dede 20.....

Sr. Presidente del Colegio
de Médicos de la Prov. de
Santa Fe 1ª Circ.

S / D

De mi mayor consideración:

Solicito efectuar Recertificación en ese Colegio de Médicos en la
especialidad de.....

Declaro conocer la Reglamentación de recertificación y aceptar
las
obligaciones correspondientes. Presento esta solicitud optando por el método (tachar lo que no
corresponda).

- A** ANEXO I por antecedentes curriculares;
~~**B** ANEXO II a través de curso de recertificación;~~
C ANEXO III a través de preguntas, ejercicios y problemas.

APELLIDO PATERNO: **APELLIDO MATERNO:**

NOMBRE COMPLETO: **EDAD:**.....

TIPO DE DOCUMENTO:..... **Nº:**..... **MATRICULA Nº:**

DOMICILIO:.....

CP:..... **LOCALIDAD:**

DOMICILIO PROFESIONAL:

TELEFONO PARTICULAR(o donde se lo pueda ubicar)

TELEFONO PROFESIONAL:

E-MAIL:

FIRMA Y SELLO

Complete sus datos personales, en los casos que no corresponda deje el casillero en blanco. (1) Tipo de Documento: 1.1 C.I, 1.2 D.N.I., 1.3 L.C., 1.4 L.E., 1.5 Pasaporte. (2) Departamento: 1.1 Castellanos, 1.2 Garay, 1.3 Gral. Obligado, 1.4 La Capital, 1.5 Las Colonias, 1.6 9 de Julio, 1.7 San Javier, 1.9 San Jerónimo, 1.10 San Justo, 1.11 San Martín, 1.12 Vera.

PAGADO: SI - NO fecha:

Informe Contaduría: Fecha:.....

CR: ACTA Nº de fecha

MD: ACTA Nº de fecha