

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

Sres. integrantes de la Comisión de  
Especialidades Del Colegio de Médicos de la  
Provincia de Santa Fe  
1ª Circ.

Me dirijo a Uds. con el fin de solicitar autorización para rendir el Examen de Especialidad de  
....., habiendo finalizado mi formación como  
Médico Concurrente / Residente, en el ....., de  
la Provincia de....., en el año..... Se adjunta la documentación  
pertinente.

NOMBRE Y APELLIDO: .....

DNI: .....

TELÉFONO: .....

MAIL: .....