

ANEXO 4: PLANILLA PARA RENOVACIÓN DIRECTA DE CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

CERTIFICO QUE EL DR. / A:

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO

.....
DNI

.....
MP N°

ESPECIALISTA EN: N°.....

ES INTEGRANTE DEL SERVICIO DE:

INSTITUCIÓN:

Tachar lo que NO corresponda. -

*En categoría de:

- Planta permanente
 Concurrente
 Agregado
 Otra (Especifique)

*Fechas:

Desde:

Hasta:

*Carga horaria total:,

*Desempeño de actividades

Asistenciales:

- Consultorio
 Internado

Carga horaria:

Docentes:

- Grado
 Postgrado

Carga horaria:

*Información nominal de actualización realizada: ateneos bibliográficos o anatomo-clínicos, cursos, congresos, jornadas, publicaciones, trabajos científicos, etc. (Detalle enunciativo).

.....
.....

*En Especialidades Quirúrgicas: detallar un extracto de dicha actividad en una página anexa.

Responsable de la Formación en la Especialidad
(firma y aclaración)

Jefe de Departamento y/o Servicio
(firma y aclaración)

Director de la Institución
(firma y aclaración)

Jefe de Capacitación y Docencia
(firma y aclaración)