

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:

Tildar o marcar lo que corresponda. -

*En categoría de:

- Planta permanente
 Concurrente
 Agregado
 Otra (Especifique)

*Fechas:

Desde:

Hasta:

*Carga horaria total:, (Mínimo 18 hs. Semanales)

*Desempeño de actividades

Asistenciales:

- Consultorio
 Internado
 Actividades quirúrgicas

Docentes:

- Grado
 Postgrado

Actualización: (período que recertifica)

Ateneos bibliográficos o anátomo-clínicos, cursos, congresos, jornadas, publicaciones, trabajos científicos, etc.

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)