

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:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Planta permanente |
| <input type="checkbox"/> | Concurrente |
| <input type="checkbox"/> | Agregado |
| <input type="checkbox"/> | Otra (Especifique) |

*Fechas:

Desde:

Hasta:

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

*Desempeño de actividades

Asistenciales:

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Consultorio |
| <input type="checkbox"/> | Internado |
| <input type="checkbox"/> | Actividades quirúrgicas |

Docentes:

- | | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Grado |
| <input type="checkbox"/> | 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)