

ANEXO 4: PLANILLA PARA RENOVACIÓN DIRECTA DE CERTIFICADO DE ESPECIALISTA**FECHA DE EMISIÓN:**

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:

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

*Fechas:

Desde:

Hasta:

*Carga horaria total:,

*Desempeño de actividades

Asistenciales:

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

Carga horaria:

Docentes:

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