

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: Nº

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)