

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:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | 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:

***Campo obligatorio en forma nominal de actualización realizada en los últimos 5**

años: 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)