Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica

PERSONERÍA JURÍDICA Nº 1503490

SOLICITUD PARA RENDIR EXAMEN DE ESPECIALISTA

(completar a máquina o letra de imprenta e imprimir en hoja oficio o legal)

Al Presidente de la ***Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica***

El / La que suscribe solicita rendir el examen de Especialista en Cirugía Pediátrica

Datos personales:

Domicilio: Código Postal:

Localidad: Provincia:

T.E. Celular: T.E. Hospital:

E-MAIL:

Lugar de Nacimiento: Fecha: / /

Egresado de la Facultad: Fecha: / /

Nº Matrícula Nacional: Nº Matrícula Provincial:

DNI:

Lugar de Trabajo:

Cargo que ocupa:

_____

FIRMA DEL SOLICITANTE

ADJUNTAR:

- Fotocopia **autenticada** del título profesional
- Fotocopia certificado de Residencia
- Curriculum Vitae actualizado
- Carta aval firmada por el Jefe de Servicio
- Listado de operaciones de los últimos cinco años, firmado por Director y Jefe de Servicio del Hospital. Ordenado y agrupado de acuerdo a los niveles de complejidad dispuestos en en nomenclador ACACIP.

Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica

PERSONERÍA JURÍDICA Nº 1503490

IMPORTANTE: no se dará curso a ninguna solicitud que no incluya la documentación requerida o que tenga datos incompletos.