



.....,de.....de.....

**Sres. del Consejo Directivo del
Colegio de Médicos de la Pcia. de Buenos Aires
Distrito VI**

Me dirijo a ustedes con el fin de solicitar que se evalúen mis antecedentes para la obtención de la:

(Llenar el o lo que corresponda)

***ESPECIALIDAD** en:.....

***CALIFICACIÓN AGREGADA** en:.....

***RECERTIFICACIÓN** en:.....

***ESPECIALISTA JERARQUIZADO** en:.....

***ESPECIALISTA CONSULTOR** en:.....

(Es caso de más de una solicitud, agregar una carpeta por cada una de ellas)

(En las especialidades quirúrgicas adjuntar lista de intervenciones realizadas como cirujano o ayudante en los 2 últimos años, firmadas por el jefe de Servicio o director del establecimiento)

Adjunto fotocopias **foliadas** de mis antecedentes certificadas por el Consejero local.

Dejo constancia que la presente solicitud consta de carpetas y contienen.....y hojas respectivamente.

“El presente formulario tiene carácter de declaración jurada.”

Firma del Solicitante:.....

Nombre y Apellido:.....M.P.:.....

DNI:.....

Domicilio Real:.....LOCALIDAD:.....

Domicilio Profesional:.....LOCALIDAD:.....

Teléfono:.....

E-Mail:.....

TRATAMIENTO POR EL TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES -