



DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA

**SOLICITUD DE RECERTIFICACION DE MATRICULA DE
ESPECIALISTA**

FECHA:.....
APELLIDO:.....
NOMBRES:.....
ESPECIALIDAD:.....
N° MATRICULA MEDICO:.....
N° MATRICULA ESPECIALISTA:.....
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:.....
DOMICILIO REAL:.....
CIUDAD:.....
N° DE TELEFONO:.....
DOMICILIO LABORAL:.....
CIUDAD:.....
TELEFONO LABORAL N°:.....
E-mail:.....
LA PRESENTE DOCUMENTACION CONSTA DE.....FOLIOS.

**PARA ACCEDER A LA RECERTIFICACION DE LA MATRÍCULA
DE ESPECIALISTA DEBERA PRESENTAR:**

- 1) Fotocopia del Carnet de especialista (ambos lados).
- 2) Fotocopia de Certificados de Reválidas.
- 3) Constancia de continuidad en el desempeño profesional de la especialidad correspondiente al periodo de la reválida.
- 4) Documentación referida a: actividad científica, cursos de capacitación, seminarios, jornadas, congresos, publicaciones y toda otra que considere pertinente, correspondiente al periodo de la reválida.
- 5) En el caso de las especialidades quirúrgicas será necesario presentar listado de operaciones realizadas en los últimos 2 (dos) años, certificada por el Jefe del Servicio y el Director Médico del Establecimiento Asistencial.

Nota: Solo por única vez, se solicita adjuntar la constancia (fotocopia simple) con la cual fue acreditada la especialidad. En caso de que la misma haya sido obtenida mediante examen, agradeceremos informar tal situación mediante nota. El fin de dicho pedido es el de actualizar y digitalizar dicha información.

* El plazo de presentación es desde el **01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2015.**

* Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada, la falsedad de los mismos por parte del profesional determinará su exclusión e inhibirá de presentarse por el término de uno (1) a diez (10) años, según la gravedad.

En todos los casos se iniciará sumario administrativo y se comunicará a las entidades deontológicas, científicas y/o asistenciales que correspondan.

FIRMA Y SELLO