

**\*\*\* SOLICITUD DE RECERTIFICACION \*\*\***

Sr. Presidente del  
COLEGIO DE MEDICOS DE LA  
PCIA. DE BUENOS AIRES  
DISTRITO III  
DR.....

MORON,.....DE..... DE 2.....

**PRESENTE**

**MAT. PROV. Nº:.....**

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, y por su intermedio al Tribunal de Especialidades a fin de solicitar la **RECERTIFICACION** del Título de Médico Especialista en:.....  
a cuyo efecto adjunto a la presente la documentación correspondiente.-

Asimismo declaro que en la actualidad **POSEO – NO POSEO** (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA) otro Título de Especialista (Aclarar en que especialidad, si tiene título; quien se lo otorgó y con que fecha:.....

DOMICILIO REAL:.....

DOMICILIO PROFESIONAL:.....

Saluda a usted, muy atentamente.-

.....  
(Apellido y Nombres aclarados)

.....  
(Firma del médico)

**COLEGIO DE MEDICOS DE LA PCIA. DE BS. AS. – DISTRITO III**  
**NSTRA. SRA. DEL BUEN VIAJE 554 – MORON**

SI LA RECERTIFICACION DE LA ESPECIALIDAD QUE SOLICITA ES **QUIRURGICA** DEBE ADJUNTAR LISTADO DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS, **ESPECIFICANDO:**

**FECHA DE LA INTERVENCION – PATOLOGIA – TIPO DE INTERVENCION – SI ACTUO COMO CIRUJANO o AYUDANTE – LUGAR DE REALIZACION. *Todo esto certificado y firmado por el Jefe de Servicio y el Director del establecimiento.-***

**1)** DOMICILIOS PROFESIONALES: (Consultorio – Hospital – Clínica etc.).....

.....

**2)** Tiene actividad en otro Distrito? **SI - NO**

CUAL ?.....

**3)** Posee otro Título de Especialista? **SI - NO**

Expedido por quién y con qué fecha?:.....

**4)** Rindió anteriormente la especialidad que solicita? ; aquí o en otro Distrito? **SI -**

**NO** En qué fecha: ?.....

**5)** COMPLETAR LAS PLANILLAS Y SOLICITUD.

**6)** CONSULTAR NOMBRE ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD, SEGÚN NOMINA VIGENTE.

**7)** ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL TITULO DE MEDICO Y D.N.I.

**8)** ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL TITULO DE ESPECIALISTA Y RECERTIFICACIONES ANTERIORES (SI LAS TUVIERA) EXPEDIDOS POR COLEGIO DE MEDICOS.

**9)** PRESENTAR CERTIFICACIÓN ACTUALIZADA DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL FIRMADA POR AUTORIDAD MEDICA.

**10)** ADJUNTAR CURRICULUM NOMINATIVO

**11)** ADJUNTAR FOTOCOPIA DE TODOS LOS CURSOS, TRABAJOS, CERTIFICACIONES, ETC. DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS **EXCLUSIVAMENTE**.

**12) PRESENTAR CURRICULUM EN CARPETA, HOJAS PERFORADAS EN EL ORDEN INDICADO PRECEDENTEMENTE.-.**

**13) ARANCEL:** CONSULTAR

## FORMULARIO PARA LA PRESENTACION ANTE EL TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES

(DEBE LLENARSE A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA)

### DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRES:.....

MAT. PCIAL:.....FECHA DE MATRICULACION:.....

OTRAS MATRICULAS:.....FECHA DE OTRAS MATRICULAS:.....

TITULO OTORGADO POR UNIVERSIDAD DE:.....

FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO:.....

DOMICILIO REAL:.....TEL:.....

FECHA DE PRESENTACION:.....

OBSERVACION: Debe agregarse fotocopia de todos los antecedentes y/o certificados (Títulos-Cursos-Trabajos Congresos-Residencias-Concurrencia.)

### **PONDERACION DE ANTECEDENTES (ARTICULO 12°)**

	<b>DEBE SER LLENADO POR EL PROFESIONAL</b>	<b>Reservado para uso Colegio de Médicos</b>
1) <u>TITULOS</u> 1.1. Doctor y/o Médico 1.2. Otros títulos 1.3. Títulos de Especialistas		
2) <u>ANTECEDENTES</u> 2.1. Actividad Asistencial en establecimiento hospita- lario oficial o privado con certificación de horas de concurrencia.		
2.2. <u>Actividad docente</u>		
2.3. <u>Cursos de la especiali- dad o materia afin</u>		

	<b>DEBE SER LLENADO POR EL PROFESIONAL</b>	<b>Reservado para uso Colegio de Médicos</b>
2.4.) Participación en congresos y/o jornadas de la Especialidad o Materia afin		
2.5.) Premios en la Especialidad o materia afin		
2.6. <u>BECAS</u>		
2.7. RESIDENCIAS - -		
2.8. <u>TRABAJOS Y COMUNICACIONES DE LA ESPECIALIDAD O MATERIA AFIN</u>		

TRATAMIENTO POR EL TRIBUNAL DE

ESPECIALIDADES:.....FECHA.....

DICTAMEN:.....