|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datos Personales | | | |
| Apellido y Nombre |  | | |
| Matrícula Provincial |  | Fecha Nacimiento / Edad |  |
| Domicilio Real |  | | |
| Localidad |  | | |
| Teléfono |  | | |
| Email |  | | |
| Domicilio Profesional |  | | |
| Localidad |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Especialidad Solicitada | |
| Fecha: |  |
| Especialidad: |  |
| Emisor: |  |
| Fecha Emisión: |  |

Antecedentes:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE Y LOS DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN SON CIERTOS Y VALIDOS EN TODA SU EXTENSION.

PEHUAJÓ…..............de ....................................................de .......................

---------------------------------------

FIRMA

# DICTAMEN DE LA COMISION DE ESPECIALIDADES:

En el día de la fecha se reúne la Comisión de Especialidades del Distrito VII del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y procede a considerar los datos y antecedentes que integran el presente expediente de solicitud de autorización para el uso del título de Especialista del Dr. … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …con MP:… …. … … y de acuerdo con las disposiciones del Reglamento de Especializaciones Médicas y del Ejercicio de las especialidades en vigencia, dictamina: … … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … …… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Pehuajó, .......... de ............................................. de .....................

…….………........................... ……......……..................... …..……..............................

FIRMA AUTORIZADA FIRMA AUTORIZADA FIRMA AUTORIZADA

# RESOLUCION DEL CONSEJO DE DISTRITO:

En la sesión del día ........ de .................................... de .......... , el Consejo de Distrito ha considerado el dictamen de la Comisión de Especialidades relacionado con la solicitud del Dr. : … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …con MP: … … … … … … para obtener el título de Especialista en… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … … y ha resuelto que … … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …… … … …

............................................................ ........................................................

SECRETARIO GENERAL PRESIDENTE