



DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA

SOLICITUD DE MATRICULA DE ESPECIALISTA

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

FIRMA Y SELLO

PARA ACCEDER A LA MATRÍCULA DE ESPECIALISTA DEBERÁ ENVIAR EN UN UNICO ARCHIVO PDF AL MAIL, m.especialista.fsnqn@gmail.com LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- 1) Nota del interesado solicitando la matrícula de especialista, consignando en forma clara y concisa: Especialidad; actividades y antecedentes relacionados sólo a lo referente a la especialidad solicitada.
- 2) Presentar alguno de los siguientes documentos:
 - ✓ Certificado de Residencia, completada y aprobada.
 - ✓ Título de Especialista, otorgado por entidad reconocida.
 - ✓ Constancia de concurrencia en servicio reconocido como formador de especialistas.
- 3) Currículo Vitae nominal.

* El plazo de envío de la documentación es desde el 01 de Enero al 31 de Marzo de cada año.

* Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada. La falsedad de los mismos, por parte del profesional, determinará su exclusión e inhabilitará 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.