



DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA

**SOLICITUD DE RECERTIFICACION DE MATRICULA DE
ESPECIALISTA**

FECHA:.....
APELLIDO:.....
NOMBRES:.....
ESPECIALIDAD:.....
N° MATRICULA MEDICO:.....
N° MATRICULA ESPECIALISTA:.....
DNI:.....
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 DEBERÁ ENVIAR EN UN UNICO ARCHIVO PDF AL MAIL,
m.especialista.fsnqn@gmail.com, LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:**

- 1) Foto del Carnet de especialista (ambos lados) o último Certificado de Reválida.
- 2) Constancia de continuidad en el desempeño profesional de la especialidad correspondiente al periodo de la reválida.
- 3) Documentación referida a: actividad científica, cursos de capacitación, seminarios, jornadas, congresos, publicaciones y toda otra que considere pertinente, correspondiente al periodo de la reválida.
- 4) 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.

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

* 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/ó asistenciales que correspondan.

FIRMA Y SELLO