

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Lugar y fecha:.....

Sr. Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Dr:.....

De mi mayor consideración:

Por la presente solicito a Ud. que sean evaluados mis antecedentes para acceder a la certificación en Electrofisiología Cardíaca. Dejo constancia que conozco y acepto el reglamento de certificación de la Sociedad Argentina de Cardiología, como asimismo acepto la resolución de su Comisión Directiva.

Los datos de mi curriculum vitae son verdaderos, constan de..... folios y tienen carácter de declaración jurada.

1- Datos personales

Apellido y nombres:.....

Sexo: M F Fecha de nacimiento DNI /CI/LE/LC:.....

Edad:..... años

Nacionalidad:

Domicilio:.....

Localidad:.....

Provincia:CP:

e-mail:.....

Teléfono:.....Fax:.....

Celular:

2- Título de médico

Universidad que otorgó el título:.....

Fecha de Graduación:.....

Matrícula nacional N°:

Matrícula provincial N°:.....

3- Título o certificado:

Cardiólogo

Cardiólogo Infantil

Otorgado por:

Fecha:.....

Otorgado por:

Fecha:

5- En caso de no alcanzar el puntaje mínimo indispensable para la certificación solicito rendir el examen complementario

SI NO

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Firma del solicitante

CARTA DE PRESENTACIÓN

Lugar y fecha:.....

Por la presente, en mi carácter de:

considero que el Dr.....

Matrícula nacional/provincial N°.....ha desarrollado una reconocida actividad profesional y reúne las condiciones ético-morales indispensables para la práctica de la profesión médica.

Firma

Aclaración

Matrícula nacional N°

Matrícula provincial N°

CARTA DE PRESENTACIÓN

Lugar y fecha:.....

Por la presente, en mi carácter de:

considero que el Dr.....

Matrícula nacional/provincial N°.....ha desarrollado una reconocida actividad profesional y reúne las condiciones ético-morales indispensables para la práctica de la profesión médica.

Firma

Aclaración

Matrícula nacional N°

Matrícula provincial N°

CONSTANCIA DE APTITUD FISICA

Lugar y fecha:

Por la presente, dejo constancia que el Dr.:

.....

Matrícula nacional/provincial N°reúne las condiciones psicofísicas indispensables para la práctica de la profesión médica.

Firma

Aclaración

Matrícula nacional N°

Matrícula provincial N°