

REQUISITOS PARA SOLICITAR LA REVÁLIDA / RECERTIFICACIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA SAR - ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA - PROFESIONALES REUMATÓLOGOS MAYORES DE 65 AÑOS

DATOS A CONSIGNAR

Nombre y apellido según DNI	
DNI	
Domicilio	
Localidad	
Provincia	
Código postal	
Celular con código de área	
Nacionalidad	
Fecha de nacimiento	
Fecha de obtención de título	
Entidad otorgante	
Matrícula nacional	
Matrícula provincial	
Especialidad	
Entidad otorgante	
Fecha de Certificación CCPM	

Fecha última reválida	
Correo electrónico	
Nota Comité de Ética SAR *	
Fecha presentación solicitud	

*Nota del Comité de Ética SAR que certifique la ausencia de cuestionamientos ético profesionales.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

DNI