# SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA



## **Tribunal de Recertificación**

### Solicitud de Recertificación en Medicina Interna.

Lugar y fecha:.............................................................

Señor.

Dr.  **Néstor Arrúa Torreani**

Presidente del Tribunal de Recertificación.

Presente.

Por la presente solicito a Ud. y Miembros del Tribunal, sea considerado mi currículum de participación a Actividades de Educación Médica Continua, comprendido en el periodo: ……………………………………, para acceder a la Recertificación en Medicina Interna.

**1. DATOS PERSONALES:**

Apellidos y nombres:.............................................................................................................

C.I.P: …………………………………...

Edad:….........años.

Nacionalidad:...........................................

Domicilio:..............................................................................................................................

Localidad:................................................

Teléfono:.....................................Celular:..............................Fax/ e-mail:.............................

**2. TITULO DE MÉDICO:**

Fecha de Graduación:...................................................

Universidad:.................................................................

Registro Profesional .M.S.P y B.S. N°:........................

**3. CERTIFICADO EN MEDICINA INTERNA:**

Fecha:...........................................................................

Sin otro motivo salúdole muy atentamente

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

Firma del Solicitante

**Adjuntar fotocopia de los certificados correspondientes.**