

DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA

**SOLICITUD DE RENOVACION DE VIGENCIA DE MATRICULA DE ESPECIALISTA**

FECHA:………………………………………………………………

APELLIDO:………………………………………………………….

NOMBRES:…………………………………………………………..

ESPECIALIDAD:………………....…………………………………

Nº MATRICULA MEDICO:……………………………….………..

Nº MATRICULA ESPECIALISTA:………………………………...

DNI:…………………………………………………….…………….

DOMICILIO REAL:…………………………………………………

CIUDAD:…………………………………………………………….

Nº DE TELEFONO:………………………………………………….

DOMICILIO LABORAL:……………………………………………

CIUDAD:…………………………………………………………….

TELEFONO LABORAL Nº:………………………………………...

E-mail:………………………………………………………………..

LA PRESENTE DOCUMENTACION CONSTA DE… FOLIOS.

# PARA ACCEDER A LA RENOVACION DE VIGENCIA DE LA MATRÍCULA

**DE ESPECIALISTA DEBERÁ ENVIAR EN UN UNICO ARCHIVO PDF AL MAIL,**

# [m.especialista.fsnqn@gmail.com](mailto:m.especialista.fsnqn@gmail.com), LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

1. Nota del interesado solicitando la RENOVACION DE VIGENCIA de la matrícula de especialista.
2. Presentar alguno de los siguientes documentos:
   * Certificado de Residencia, completa y aprobada.
   * Título de Especialista, otorgado por entidad reconocida.
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 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**

**DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA SECTOR ESPECIALIDADES MEDICAS**

**TE - 4494785**

**MAIL:** [**m.especialista.fsnqn@gmail.com**](mailto:m.especialista.fsnqn@gmail.com)