

DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA

SOLICITUD DE MATRICULA DE ESPECIALISTA

FECHA:……………………………………………………………… APELLIDO:…………………………………………………………. NOMBRES:………………………………………………………….. ESPECIALIDAD SOLICITADA:...………………………………… Nº MATRICULA DE MEDICO:……………………………….…… DNI:…………………………………………………….……………. DOMICILIO REAL:………………………………………………… CIUDAD:……………………………………………………………. Nº DE TELEFONO:…………………………………………………. DOMICILIO LABORAL:…………………………………………… CIUDAD:……………………………………………………………. TELEFONO LABORAL Nº:………………………………………... E-mail:……………………………………………………………….. LA PRESENTE DOCUMENTACION CONSTA DE… FOLIOS.

**FIRMA Y SELLO**

# PARA ACCEDER A 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 matrícula de especialista, consignando en forma clara y concisa: Especialidad; actividades y antecedentes relacionados sólo a lo referente a la especialidad solicitada.
2. Presentar alguno de los siguientes documentos:
   * Certificado de Residencia, completa y aprobada.
   * Título de Especialista, otorgado por entidad reconocida.
   * Constancia de concurrencia en servicio reconocido como formador de especialistas.
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.

**DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA**

SECTOR ESPECIALIDADES MEDICAS TE - 4494785

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