

DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA

**SOLICITUD DE RECERTIFICACION 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 RECERTIFICACION 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. Foto del Carnet de especialista (ambos lados) o último Certificado de Reválida.
2. Constancia de continuidad en el desempeño profesional de la especialidad correspondiente al periodo de la reválida.
3. Documentación referida a: actividad científica, cursos de capacitación, seminarios, jornadas, congresos, publicaciones y toda otra que considere pertinente, correspondiente al periodo de la reválida.
4. En el caso de las especialidades quirúrgicas será necesario presentar listado de operaciones realizadas en los últimos 2 (dos) años, certificada por el Jefe del Servicio y el Director Médico del Establecimiento Asistencial.

* El plazo de presentación es desde el **01 de Septiembre al 31 de Octubre** 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)