



COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91

Avda. GUEMES (O) 210 – CP (4700) Catamarca – Cel.: (3834)4642402 –

www.colegiomedicocat.com.ar

E-mail: colmecat@hotmail.com

San Fernando del Valle de Catamarca.....

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

.....
EN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA ME DIRIJO A UD. A LOS FINES DE

SOLICITARLE RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

A TAL FIN ACOMPAÑO DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, ABONANDO LOS
CORRESPONDIENTES ARANCELES FACTURA N°.....

APELLIDO Y NOMBRE.....

DNI.....FECHA DE NAC..... LUGAR NAC.....

DOMICILIO:..... B°.....

TEL MOVIL..... MAIL:

ESTADO CIVIL..... CUIL:.....

MAT. PROF. N°..... UNIVERSIDAD DONDE SE RECIBIO.....

LUGAR ENTREGA DE TITULO..... FECHA FINALIZO.....

FECHA ENTREGA TITULO..... LIBRO..... FOLIO.....

RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD EN..... M.E N°.....

Declaro bajo juramento que los datos personales y la documentación detallada precedentemente, cuyas copias se acompañan como anexo al presente formulario, es auténtica y acredita antecedentes reales de origen DEMOSTRABLE. Presto entera conformidad a exhibir los originales de la documentación aportada, durante cualquier instancia, ante el requerimiento del Consejo Directivo del Colegio de Médicos de Catamarca. Asimismo, declaro conocer que todo el contenido del presente formulario reviste el carácter de declaración jurada. Que cualquier falsedad, tanto de la documentación aportada como de los datos de información brindada, dará lugar a la exclusión de mi persona del presente proceso de pedido de recertificación de especialidad.

FIRMA..... ACLARACION.....

AUTORIZADO POR: FECHA:/...../.....