

Inscripción para obtener la Certificación de médico/a: \_\_\_\_\_

FECHA DE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CALLE: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_

DEPTO: \_\_\_\_\_ DETALLE UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

D.N.I. / L.C./L.E. : \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA NAC.: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA PROV.: N° \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_

**FORMACIÓN: TÍTULOS Y CERTIFICADOS**

• TÍTULO MÉDICO - UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA GRADUACION: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• RESIDENCIA (en la especialidad que desea rendir): FECHA DE: INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

• CONCURRENCIA (en la especialidad que desea rendir): FECHA DE: INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

• BECA DE PERFECCIONAMIENTO (de la especialidad que desea rendir):

FECHA DE: INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

• CARRERA UNIVERSITARIA (de la especialidad que desea rendir):

FECHA DE: INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

• INSTITUCIONES POR LAS QUE CERTIFICA (completar lo que corresponda):

• SAP: SÍ NO // UNIVERSIDAD: CUÁL \_\_\_\_\_

• COLEGIO O CONSEJO MÉDICO: CUÁL \_\_\_\_\_

• MINISTERIO DE SALUD O SECRETARÍA: CUÁL \_\_\_\_\_

• CERTIFICACIONES SAP PREVIAS: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

## INSCRIPCIÓN A EXAMEN

Fecha: ---- / ---- / ----

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar de mi tarjeta

Visa / Mastercard / American Express

Nº -----,

con fecha de vencimiento ----- / -----, el pago de mi inscripción al examen de  
especialista en -----.

1 pago de \$ 1750    o    2 cuotas de \$ 875    o    3 cuotas de \$ 584

(Marque la opción que desee)

Nombre y apellido: -----

Domicilio: -----

Nº de teléfono: -----

Firma: -----

Aclaración: -----

Nº de documento: -----