|  |  |
| --- | --- |
| Especialidad  Nombre y apellido  DNI | Titulo de Medico  Título de Especialista si no  Socio SAP si no |
| Reconocimiento o habilitación para el ejercicio de la especialidad | Entidad |
| 10 años de ejercicio de la especialidad | Si Donde  No |
| Ser certificable o estar Certificado en Pediatría | Si  No |
| Actividades societarias de Conducción y o asesoramiento en la Especialidad  Actividades docentes acreditadas por la secretaría de Educación continua  Estos requisitos no son obligatorios |  |
| Publicaciones en Archivos Argentinos de Pediatría u otras con referato  Capítulos de libros |  |
| Cinco actividades docentes o publicaciones de trascendencia en la especialidad de los últimos ocho años | Si  no |
| Participación activa en la creación o desarrollo de nuevos servicios o áreas de atención  Participación activa en la creación de recursos humanos de la especialidad | Si  No  SI  No |
| Jefe de  servicio | Si  No |
| Director de Carrera Universitaria y o residencia de la Especialidad | Si  No |

Todos los datos incluidos en la presente deberán ser acompañados de la correspondiente documentación respaldatoria.

Firma

Aclaración

Fecha