|  |  |
| --- | --- |
| EspecialidadNombre y apellidoDNI | Titulo de MedicoTítulo de Especialista si noSocio 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 | SiNo |
| Actividades societarias de Conducción y o asesoramiento en la EspecialidadActividades docentes acreditadas por la secretaría de Educación continuaEstos requisitos no son obligatorios |  |
| Publicaciones en Archivos Argentinos de Pediatría u otras con referatoCapítulos de libros |  |
| Cinco actividades docentes o publicaciones de trascendencia en la especialidad de los últimos ocho años | Sino |
| 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 NoSINo |
| Jefe de servicio | SiNo |
| Director de Carrera Universitaria y o residencia de la Especialidad | SiNo |

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

Firma

Aclaración

Fecha