Consejo Superior Médico de La Pampa

Planilla Solicitud Habilitacion Especial

Habilitación Especial solicitada:.....

M.P. Nº..... *M.E. Nº:.....*

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre:.....

Nacionalidad:.....

Fecha y lugar de nacimiento:.....

DNI.:.....

Domicilio Particular:.....

Domicilio Profesional:.....

FORMACIÓN PROFESIONAL:

Título de grado:.....Fecha de Graduación:.....

Facultad:.....Universidad:.....

Firma solicitante .....

Fecha Presentación C.S.M.....

FORMACIÓN DE POSTGRADO

Especialidad autorizada por este C.S.M.:.....

Fecha autorización.....

a) BÁSICA.....

b) DEPENDIENTE.....

Firma solicitante .....

Fecha Presentación C.S.M.....

Ejercicio de la Habilitación Especial en los últimos 5 años

Cargo	*Actividad*	*Lugar*	*Desde*	*Hasta*

Firma solicitante.....

Fecha Presentación C.S.M.....

Actividades Científicas

Tipo	*En carácter de*	*Nombre / Organizador*	*Duración*

Firma solicitante.....

Fecha Presentación C.S.M.....

Observaciones: ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Firma solicitante……

Fecha Presentación C.S.M ……