**Al Comité de Evaluación, Acreditación y Certificación (CEAC)**

Por la presente solicito sean evaluados mis antecedentes para acceder a la Recertificación en Nefrología. Dejo constancia que acepto regirme por el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina (AMA) y que los datos aportados son verdaderos y tienen carácter de declaración jurada.

Firma postulante: fecha:

**Datos personales del profesional solicitante**

|  |
| --- |
| APELLIDO Y NOMBRE: |
| DOMICILIO: |
| PROVINCIA: LOCALIDAD: CP: |
| CELULAR: TELEFONO:  |
| E-MAIL:  |
| DNI/CUIT:  |
| FECHA DE NACIMIENTO:  |
| MN: MP: PROV. DE MP:  |
| FECHA DE CERTIFICACIÓN:  |
| FECHA DE REVALIDACION: (si hubiera anterior)  |
| LOC Y PROV DONDE EJERCE:  |

**Documentación a presentar (formato pdf )**

|  |  |
| --- | --- |
| Curriculum Vitae de los últimos cinco (5) años |  |
| Planilla de los créditos obtenidos en los últimos cinco (5) años |  |
| Copias respaldatorias de la actividad reportada en la planilla |  |
| Copia del Título de Médico |  |
| Copia del Certificado de Especialista en Nefrología |  |