

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN EN NEFROLOGÍA CEAC-SAN

Al Comité de Evaluación, Acreditación y Certificación (CEAC)

Por la presente solicito sean evaluados mis antecedentes para acceder a la Certificación de Especialista 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:	NOMBRE:	
DNI/CUIT:		
DOMICILIO:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	CP:
CELULAR:	NACIONALIDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:		
FECHA DE EGRESADO COMO MÉDICO:		
MN:	MP:	PROV. DE MP:
CORREO ELECTRÓNICO:		

Documentación acompañante (formato PDF)

Curriculum Vitae con copias respaldatorias de lo informado	
Título de Médico (anverso y reverso)	
Certificado de finalización y aprobación de la Residencia en Nefrología	
Título de Médico Especialista Universitario en Nefrología (anverso y reverso)	
Nota de conformidad de la Sociedad Regional de la SAN a la cual pertenece como socio	

**Enviar Solicitud y documentación en formato PDF al email
ceac.san@gmail.com**