

DECLARACION DE PRACTICAS

ASOCIACION DE MEDICOS
DE GRAL. SAN MARTIN Y 3 DE FEBRERO



MATRICULA PROVINCIAL

DIGITO N°

APELLIDO

NOMBRE

ESPECIFICACION DE LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON LA PRACTICA

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD		COD. ESPEC.									
<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	TITULO	FECHA	COL. OTORGANTE	VTO. RECERF. TITULO
CATEGORIA (*)		<input type="checkbox"/>		BAJA	<input type="checkbox"/>	FECHA					

(*) 1. MEDICINA GRAL. 2. ORIENTACION 3. AUTORIZADO 4. ESPECIALISTA

DECLARACION DE PRACTICAS

COMPLETAR CON UNA CRUZ SEGUN CORRESPONDA

HEMATOLOGIA

Desde 230101 al 230199

Desde 230201 al 230230

AUDITORIA

AUDITORIA FIRMA

ACLARACION

FECHA

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PROFESIONA

FECHA DE RECEPCION

FIRMA Y SELLO

SISTEMAS

PASADO CARTILLA

FECHA

PASADO INSCRIPCIONES

FECHA

ALTA EN SISTEMA