



<input type="text"/> MATRICULA PROVINCIAL	<input type="text"/> DIGITO N°
<input type="text"/> APELLIDO	<input type="text"/> NOMBRE

ESPECIFICACION DE LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON LA PRACTICA

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

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

DECLARACION DE PRACTICAS

COMPLETAR CON UNA CRUZ SEGUN CORRESPONDA

MEDICINA NUCLEAR

Desde 260101 al 230137	<input type="checkbox"/>
Desde 260201 al 260225	<input type="checkbox"/>
Desde 260301 al 260338	<input type="checkbox"/>
Desde 260401 al 260414	<input type="checkbox"/>
Desde 260501 al 260532	<input type="checkbox"/>

AUDITORIA

<input type="text"/> AUDITORIA FIRMA	<input type="text"/> ACLARACION	<input type="text"/> FECHA
--	---	--------------------------------------

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PROFESIONA

<input type="text"/> FECHA DE RECEPCION	<input type="text"/> FIRMA Y SELLO
---	--

SISTEMAS

<input type="checkbox"/> PASADO CARTILLA	<input type="text"/> FECHA	<input type="checkbox"/> PASADO INSCRIPCIONES	<input type="text"/> FECHA	<input type="text"/> ALTA EN SISTEMA
--	--------------------------------------	---	--------------------------------------	--