



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

ESPECIFICACION DE LA ESPECIALIDAD RELACIONADA CON LA PRACTICA

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD				COD. ESPEC.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA	FECHA	TITULO	FECHA	COL. OTORGANTE	VTO. RECERF. TITULO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATEGORIA	(*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BAJA	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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUDITORIA FIRMA	ACLARACION	FECHA

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PROFESIONA

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

SISTEMAS

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