



<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	SI NO	FECHA	COL. OTORGANTE
<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"/>	<input type="checkbox"/>
			BAJA	FECHA	

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

DECLARACION DE PRACTICAS

COMPLETAR CON UNA CRUZ SEGUN CORRESPONDA

DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Desde 180101 al 180121

Desde 340101 al 340909

AUDITORIA

AUDITORIA FIRMA	ACLARACION	FECHA
------------------------	-------------------	--------------

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PROFESIONA

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