Solicitud de Certificación / Recertificación 2023 Médico Especialista en Dermatología

(“complete de acuerdo al reglamento”)

Lugar y fecha: ……………………………………………………………………………………………………………..

*Señora Presidente*

*Tribunal de Evaluación de la Sociedad Argentina de Dermatología Dra. Lilian Fossati*

*Presente*

*De mi mayor consideración,*

*Tengo el agrado de dirigirme a la Señora Presidente a fin de solicitar la: Certificación como Médico Especialista en Dermatología*

*Recertificación como Médico Especialista en Dermatología*

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO Y NOMBRE: …………………………………………………………………………………………………

DNI Nº: ………………………………………………………………………………………………………………………..

MATRÍCULA NACIONAL (MN) / PROVINCIAL (MP):………………………………………………………

DOMICILIO:..............................................................................................................................................................

LOCALIDAD:............................................................................................................................................................

PROVINCIA:…………………………………………………………………………………………………………………

TELÉFONO:………………………………………………………………………………………………………………….

CORREO ELECTRÓNICO:………………………………………………………………………………………………

MIEMBRO SAD: SI NO

***Adjunto a la presente****:*

* *Curriculum Vitae*
* *Título de Médico y de Médico Especialista*
* *2 cartas de presentación o recomendación de dos colegas miembros de la SAD pertenecientes a la comunidad donde ejercen su profesión.*

*Declaro conocer la reglamentación de las condiciones para la Certificación y/o Recertificación de la Sociedad Argentina de Dermatología y aceptarlas en su totalidad.*

**FIRMA:**

**ACLARACIÓN:**

**Fechas de Presentación**

1º FECHA: 30 de abril

2º FECHA: 30 de julio

3° FECHA: 31 de octubre

Envía presentación a: secretariacientifica@sad.org.ar