

Solicitud de Certificación / Recertificación 2021

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 N°:

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: jueves 29 de abril

2º FECHA: jueves 23 de septiembre

Sede Académica: Sociedad Argentina de Dermatología - Av. Callao 852 Piso 7º - CABA
Lunes a viernes de 8.00 a 18.00 hs.