**SAD/CONADER**

**CERTIFICACION – RECERTIFICACIÓN (Anexo II)**

**FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DEL cv**

El *Curriculum Vitae* se presentará en soporte electrónico y tendrá carácter de declaración jurada y deberá ser presentado:

* Con formato de letra tipo Arial 12 a doble espacio
* Con índice de acuerdo a las áreas a evaluar
* Con las páginas numeradas correlativamente. Al final, tendrá fotos de ambas caras de la siguiente documentación

DNI/ LC/ LE

Título de Médico

Título de Especialista en Dermatología

La página uno será completada con los datos que a continuación se detallan:

# Datos Personales

Apellido:........................................................................................................

Nombres:......................................................................................................

Foto: 4 x 4 tipo documento.

Documento de Identidad:

L.E. - L.C. - D.N.I - Nº:..........................................

Pasaporte Nº:......................C.I. Nº:..........................Policía:..........................

Lugar y fecha de nacimiento: Día:.........................Mes:...........................................Año:.............................

País o Nación:................................. Provincia:..............................................

Departamento/Partido:...............................Localidad:...................................

Domicilio Particular

Calle:.......................................................Nº: Piso: Dpto:.

Teléfono...........................................Localidad:.......................................

Dpto/Partido..........................................Provincia:.................................

Domicilio Profesional

Calle:.......................................................Nº: Piso: Dpto:.

Teléfono...........................................Localidad:.......................................

Dpto/Partido..........................................Provincia:.................................

Correo electrónico:.................................................................................

Nº de Matrícula profesional Nacional : .................................Provincial:..............

Declaro bajo juramento no encontrarme comprendido en las causales de inhabilitación para el desempeño de cargos públicos.

Firma del aspirante......................................

En la página dos constarán:

**Títulos Universitarios Obtenidos** (de grado y de postgrado) Indicando Facultad, Universidad y fecha en que ha sido expedido.

Certificación previa de la especialidad: si □ no □

Caso afirmativo: Entidad ………………………………………. Año …………

Recertificación previa de la especialidad: si □ no □

En caso afirmativo, última recertificación: Entidad …………………. Año …….

# Síntesis de los aportes originales efectuados en el ejercicio de la especialidad

(Indicando lapso y lugar en que fueron realizados)

# Idiomas

Lee

Lee, comprende una conferencia

Lee, comprende y escribe fluidamente

Lee, comprende, escribe y mantiene diálogo fluidamente.

# A partir de la página 3 SOLO SE CONSIGNARÁN LOS ANTECEDENTES QUE CORRESPONDAN A LOS ÚLTIMOS 5 (CINCO) AÑOS DEL EJERCICIO

**PROFESIONAL** (ordenadas por año calendario), bajo los epígrafes que se detallan (\*)

1. **Actividad asistencial** (Institución pública o privada, período, cargo, incluye concurrencia hospitalaria)
2. **Actividad docente** (Universidad, Instituto etc, período y cargo)
3. **Cursos, Congresos y Jornadas** I (nacionales o extranjeros como asistente)
4. **Cursos, Congresos y Jornadas** II (nacionales o extranjeros como

presentador, disertante o relator)

1. **Producción científica** ( publicaciones, investigaciones , etc)

(\*) La actividad del ejercicio profesional de los últimos cinco años se valorará de acuerdo a un puntaje que surge de lo especificado en el Anexo III “GRILLA: puntos para Recertificación” del reglamento de Certificación y Recertificación de la SAD.