



Sociedad Argentina de Oftalmología

**PROGRAMA DE RECERTIFICACION DE LA ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA**

Fecha: ...../...../.....

Sr. Presidente de la Asociación Médica Argentina

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con el objeto que sea considerada mi solicitud de evaluación en el Programa de Recertificación del Título de Especialista en .....

**1 Datos de filiación**

Apellido: .....Nombres:.....

Lugar y fecha de nacimiento: .....

Nacionalidad: .....Fecha de Nacimiento.....

Domicilio actual: .....  
(calle) (ciudad) (provincia)

C.P.: .....e-mail:.....

Teléfono: ..... Celular: .....

Matricula profesional: Nacional: ..... Provincial: .....

DNI – LE – CI: ..... Expedido por: .....

Nº de socio AMA: .....

Para uso reservado del CRAMA

<b>EVALUCION FINAL</b>	CRAMA		ESPECIALIDAD:
	Especialidad		
	Fecha: ...../...../.....	Convenio	
APROBADO: SI NO			CATEGORÍA: 5 4 3 2 1 0
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Rte. de AMA                  Vocal                  Vocal                  Secretario                  Presidente</p>			

**2 Título profesional**

Título profesional de: .....

Otorgado por: .....

Fecha de finalización de estudio: ...../...../.....

**3 Certificación de Especialista**

Título de Especialista en:.....

Otorgado por:..... Fecha: ...../...../.....

Otorgado por:..... Fecha: ...../...../.....

Otorgado por:..... Fecha: ...../...../.....

**4 Recertificación anterior**

Lugar: ..... Fecha: ...../...../.....

Realizado por: .....

Categoría: .....

**5 Resumen de actividad institucional pública** (últimos 5 años)

.....  
.....  
.....

**6 Resumen de actividad privada** (últimos 5 años)

.....  
.....  
.....

**7 Actividad en Sociedades y/o Congresos** (últimos 5 años) (Fotocopias de certificados)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8 Trabajos publicados, premios, becas** (últimos 5 años)

.....

.....

.....

**9 Resumen de actividad docente en la especialidad** (últimos 5 años)

Cargo: .....

Cátedra: .....

Universidad: .....

**10 Otro requisito según la especialidad** (últimos 5 años)

.....

.....

.....

NOTA:  
– Adjuntar currículum vitae y todo otro requerimiento exigido por la especialidad.

## 11 Valoración ético-moral y técnica

Los siguientes miembros de la AMA, de reconocida trayectoria en la especialidad, pueden ser consultados respecto de mi desempeño profesional a los fines que la AMA juzgue de interés (Nombre, apellido, dirección y teléfono).

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

Dejo constancia que conozco y acepto el Programa de Recertificación de la AMA y declaro que los antecedentes que constan en la presente solicitud y en mi currículum vitae me pertenecen y son ciertos.

La presente tiene carácter de declaración jurada.

Acepto la decisión de la comisión directiva de la AMA respecto a mi Recertificación.

Sin otro particular, saludo atentamente al Sr. Presidente con toda mi consideración.

.....  
Firma del postulante

<b>EVALUACION</b>	ESPECIALIDAD:	
	JUNTA EVALUADORA:	
Fecha: ...../...../.....		
APROBADO: SI NO	CATEGORÍA: 5 4 3 2 1 0	
Observaciones: ..... ..... ..... .....		
Firmas autorizadas (aclaradas)		