



**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

EVALUCION FINAL	CRAMA		ESPECIALIDAD:
	Especialidad		
	Convenio		
Fecha:/...../.....			
APROBADO: SI NO			CATEGORÍA: 5 4 3 2 1 0
<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

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