

OFICINA DE ESPECIALIDADES

DATOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD DE INICIACION DE REGISTRO EN LA ESPECIALIDAD

Nombre y Apellido:

Fecha de Graduación:

Especialidad Previa:

Concurrencia o Residencia previa al inicio:

Observaciones:

En este acto me notifico y tomo conocimiento en mi carácter de RESIDENTE / CONCURRENTE del Servicio de, del, que el jefe de Servicio, deberá presentar, semestralmente las evaluaciones que se realicen en el Servicio formador, conforme a lo reglamentado por el Colegio de Médicos.-
Asimismo en caso de tomar conocimiento del incumplimiento de lo precedente, INFORMARE POR ESCRITO dicha situación al Colegio de Médicos – Of. De Especialidades.

FIRMA