



## SOLICITUD DE INICIACION DE REGISTRO DE LA ESPECIALIDAD

**COLEGIO DE MEDICOS**  
de la  
**PROVINCIA DE SANTA FE**  
2da. Circunscripción  
Ley 3950 y sus Modificatorias

**AV. PELLEGRINI 1705**  
TEL/FAX 482-2905 y 482-3479  
C.e. info@colmedicosantafe2.org.ar  
www.colmedicosantafe2.org.ar  
2000 ROSARIO

Rosario: .....

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MEDICOS DE LA  
PROVINCIA DE SANTA FE – 2DA. CIRCUNSCRIPCION

Dr. ....

De mi mayor respeto:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitar tenga a bien tomar nota  
que inicio registro de antecedentes en la especialidad de: .....

Adjunto constancias correspondientes.

En este acto me notifico que, a efectos de mi registro como especialista,  
deberé dar cumplimiento a las disposiciones vigentes a la fecha en que presente mi Solicitud  
de Registro en la Especialidad.

OBSERVACIONES: .....  
.....

Firma: .....

Nombre: .....

Apellido paterno: .....

Apellido materno: .....

Matrícula Nro.: .....

Domicilio: .....

Consultorio: .....

Teléfono: .....