



**M E D I C O**  
**S O L I C I T U D D E I N S C R I P C I O N E N E L R E G I S T R O D E**  
**E S P E C I A L I S T A S**

**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

De mi mayor respeto:

Solicito mi inscripción en el Registro de Especialistas de ese Colegio de Médicos, en la especialidad de: .....

Declaro conocer la Reglamentación de Especialidades y aceptar las obligaciones correspondientes. Presento esta solicitud adjuntando curriculum y antecedentes.

En este acto me notifico que el Tribunal de Evaluación está integrado por los Dres. ....

OBSERVACIONES: .....

Firma: .....

Nombre: .....

Apellido paterno: .....

Apellido materno: .....

Matrícula Nro.: .....

Domicilio: .....

Consultorio: .....

Teléfono: .....