

**CERTIFICACIÓN PARA RENOVAR CERTIFICADO DE ESPECIALISTA (ART. 29 – INC 1 – RES. 30/03)**

CERTIFICO QUE EL DR. / A : .....  
APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO. DNI MP Nº

ESPECIALISTA EN: ..... Nº.....

ES INTEGRANTE DEL SERVICIO DE:.....INSTITUCIÓN:.....

**Tachar lo que NO corresponda.-**

\*EN CATEGORIA DE:

- Planta Permanente
- Concurrente
- Agregado
- Otra (Especifique) .....

\*FECHAS: Desde:.....  
Hasta:.....

\*CARGA HORARIA TOTAL:.....,

\*DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES:

**Asistenciales:**

- Consultorio
  - Internado
- Carga horaria: .....

**Docentes:**

- Grado
  - Posgrado
- Carga horaria:.....

\*Detalle de Participación en Actividades de Formación y/o actualización cumplida en el periodo que se recertifica (Ateneos bibliográficos o anatómoclínicos, cursos, congresos, jornadas, publicaciones, trabajos científicos, etc.).

.....  
.....

En **Especialidades Quirúrgicas:** extracto de dicha actividad

.....

**DOS FIRMAS OBLIGATORIAS (Firma y Aclaración)**

.....  
FIRMA JEFE DE SERVICIO      FIRMA DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN      FIRMA JEFE DE CAPACITACION Y DOCENCIA (Eventual)      FIRMA JE DE PERSONAL (eventual)

SELLO DE LA INSTITUCIÓN