|  |
| --- |
| Sociedad Paraguaya de Infectología**SOLICITUD PARA RECERTIFICACIÓN** C:\Users\Nutrición Liz\Desktop\Varios\Logos Varios\logo Redondo.pngDr. Stela Samaniego Nielebock.PresidenteSociedad Paraguaya de Infectología**Presente**Por la presente solicito a Ud. y Miembros del Consejo Directivo sea considerado mi currículum y constante participación en Actividades de Educación Médica durante el periodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para acceder a la Recertificación en Infectología:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INFORMACIÓN PERSONAL  |
| Nombre y Apellido: |
| Nacionalidad: Edad:  |
| C.I.Nº:  | Estado Civil: |
| Correo electrónico: |
| Dirección: |
| Celular: | Ciudad: | País:  |
| INFORMACIÓN LABORAL  |
| Institución Privado:  |
| Cargo: | Ciudad:  | Tel.:  |
| Institución Pública: |
| Cargo: | Ciudad: | Tel: |
| ESTUDIOS DE PRE GRADO |
| Institución: |  |
| País: Ciudad:  |
| Título Obtenido:  | Año: |
| Registro Profesional Nro:  |
| ESTUDIOS DE POST GRADO  |
| Institución:  | Año:  |
| Especialidad:  |
| Institución:  | Año:  |
| Especialidad: |
| Institución:  | Año:  |
| Especialidad:  |
| CERTIFICADO POR LA SPI EN FECHA: |

 ………………………………………………………..

 Firma y Aclaración del Solicitante

\*Adjuntar fotocopia de los certificados correspondientes