|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sociedad Paraguaya de Infectología  **SOLICITUD PARA RECERTIFICACIÓN**    C:\Users\Nutrición Liz\Desktop\Varios\Logos Varios\logo Redondo.pngDr. Stela Samaniego Nielebock.  Presidente  Sociedad 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