



Sociedad Paraguaya de Infectología  
**SOLICITUD PARA RECERTIFICACIÓN**

Asunción, de del 2023

**Dr. Fernando Galeano.**  
**Presidente**  
**Sociedad Paraguaya de Infectología**

Por la presente solicito a Ud. y Miembros de la Comisión Directiva 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:

Estado Civil:

C.I.Nº:

Registro Nº:

Correo Electrónico:

Dirección:

Ciudad:

Celular:

Tel:

**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



## REQUISITOS PARA RECERTIFICACIÓN

### ADJUNTAR EN UNA CARPETA ARCHIVADORA

- a) Solicitud para recertificación
- b) Currículum Vitae Resumido
- c) Copias de los certificados de actividades científicas correspondientes
- d) Foto tipo carnet

### Copias autenticadas de los siguientes documentos. (solo los documentos citados abajo deberán ser autenticadas)

- a) Cédula de Identidad
- b) Registro Profesional
- c) Título de Médico
- f) Certificación de Infectología Clínica o Pediátrica CPM o SPI
- g) Certificado de Recertificación

### ARANCEL

Miembros SPI: 400.000 gs

No socios: 800.000 gs