



Sociedad Paraguaya de Infectología

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

Asunción, de de 2026

Dra. Soraya Araya
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) 2 Foto tipo carnet

Copias autenticadas de los siguientes documentos.

- a) Cédula de Identidad
- b) Registro Profesional
- c) Título de Médico
- d) Certificado de certificación o última recertificación de la SPI

ARANCEL

Miembros SPI: 400.000 gs

No socios: 800.000 gs