**12.1 Ficha Solicitud Inscripción Recertificación**

Al Sr. Presidente

Consejo Argentino de Evaluación en Diagnóstico por Imágenes

CONAEDI-SAR

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de presentar mi SOLICITUD DE EVALUACIÓN PARA RECERTIFICACIÓN como especialista Diagnóstico por Imágenes que realiza SAR.

Dejo constancia que conozco y acepto las normas y metodología propuesta por el CONAEDI y declaro bajo juramento que todos los datos y antecedentes presentados son ciertos.

Datos personales

Apellido ………………………………………………………

Nombre ………………………………………………………

Documento ………………………………………………………

Lugar y fecha de nacimiento ………………………………………………………

Sitio de principal actividad

profesional (Ciudad y Provincia) ………………………………………………………

Domicilio profesional ………………………………………………………

Teléfono ( ) ………………………………………………………

Domicilio Particular ………………………………………………………

Teléfono ( ) ………………………………………………………

E-mail

Socio (indique su situación) SAR NO

Matrícula Médico ………………………………………………………

Matrícula Especialista ……………………………………………………

Sin otro particular, saludo al Sr. Presidente, con todo respeto.

 Lugar y fecha Firma

**12.2 Formulario Declaración Jurada Recertificación**

Al Sr. Presidente

Consejo Argentino de Evaluación en Diagnóstico por Imágenes

CONAEDI-SAR

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de adjuntar la DECLARACIÓN JURADA DE DEDICACIÓN ACTUAL Y EXCLUSIVA A LA ESPECIALIDAD, a fin de completar mis antecedentes para la evaluación de RECERTIFICACIÓN como especialista en Diagnóstico por Imágenes.

Por la presente declaro bajo juramento que poseo dedicación continua, actual y exclusiva en Radiología y Diagnóstico por Imágenes.

La presente constancia es para ser presentada ante el CONAEDI y optar al examen de recertificación realizado por SAR.

Datos personales

Apellido ………………………………………………………

Nombre ………………………………………………………

Documento ………………………………………………………

Sitio de principal actividad

profesional (Ciudad y Provincia) ………………………………………………………

Domicilio profesional ………………………………………………………

Teléfono ( ) ………………………………………………………

E-mail ………………………………………………………

Sin otro particular, saludo al Sr. Presidente, con todo respeto.

 Lugar y fecha Firma

* 1. **Formulario de inscripción para el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.** *(Fundado bajo los auspicios de la Academia Nacional de Medicina)*

|  |
| --- |
| APELLIDOS Y NOMBRES (del DNI): |
| DOMICILIO PART.: |
| LOCALIDAD: PROVINCIA: |  | CP: |
| TELEFONO PART:  | CEL: |
| ESTADO CIVIL: | CIUDADANIA: |
| TIPO DE IVA: | NºCUIT/CUL |
| FECHA DE NACIMIENTO: | LUGAR: |
| FECHA EGRESADO MEDICO: | FACULTAD Y UNIVERSIDAD: |
| MAT. NAC.: | MAT.PROV: | PROVINCIA |
| CERTIFICADO EN LA ESPEC. DE: |
| EXPEDIDO POR (Sociedad Científica): | FECHA: |
| INSTITUCION EN LA QUE TRABAJA: |
| FECHA DE RECERTIFICACION  |
| ESPACIO O ENTIDAD DE FORMACION: |
| RESIDENCIA:  | CONCURRENCIA: | OTROS: |
| E-MAIL:  |