

Solicitud de Ingreso al proceso de Recertificación en Neumología de la SPN

Fecha: _____/_____/_____

Sr. Presidente del Comité de Recertificación de la Sociedad Paraguaya de Neumología

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted con el objeto que sea considerada mi solicitud de evaluación en el Proceso de Recertificación del Título o Certificado de Especialista en Neumología:

Apellidos:

Nombres:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Edad:

Cédula de Identidad Número:

Domicilio actual. Dirección:

Barrio:

Ciudad:

Teléfono. Línea fija particular:

Celular:

E-mail:

Matrícula profesional:

Lugar/es de trabajo: Especificar dirección, ciudad, teléfono.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

CURRÍCULUM VITAE

2- TÍTULO PROFESIONAL

Título profesional de:

Otorgado por:

Año:

3- TÍTULO O CERTIFICACIÓN DE ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA

Otorgado por:

Fecha:

4- RECERTIFICACIÓN ANTERIOR

(en orden cronológico, primera a la última)

1ª Recertificación (resultado): Aprobado Sí () NO ()

Mecanismo: Sistema de puntos () Examen () Fecha:

2ª Recertificación (resultado): Aprobado Sí () NO ()

Mecanismo: Sistema de puntos () Examen () Fecha:

5- ACTIVIDAD INSTITUCIONAL RELACIONADA A LA PRÁCTICA DE LA NEUMOLOGÍA. ESPECIFICAR.

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último, fecha lejana a cercana)

Actividad: Año:
Obtenido por concurso: Sí () NO ()

6- ACTIVIDAD PRIVADA. ESPECIFICAR.

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

Actividad: Año:

Lugar:

7- ACTIVIDAD EN SOCIEDADES, ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS, CURSOS, ETC, DE NEUMOLOGÍA O RELACIONADOS A LA MISMA CONTEMPLADOS EN EL REGLAMENTO. ESPECIFICAR.

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

Actividad o Cargo: Año:

8- ACTIVIDADES CIENTÍFICAS RELACIONADOS A LA NEUMOLOGÍA CONTEMPLADAS EN EL REGLAMENTO

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

Citar lo anterior

Año:

9- PREMIOS Y DISTINCIONES EN EL ÁREA DE LA NEUMOLOGÍA:

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

Citar

Año:

10- BECAS EN NEUMOLOGÍA O VINCULADAS A LA NEUMOLOGÍA

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

En cada caso especificar duración de la misma.

Citar si fueron o no obtenidas por Concurso y otorgadas por Universidades Nacionales o Privadas habilitadas y acreditadas por la ANEAES, Organismos Oficiales, Estatales o Sociedades Científicas.

Obtenidas por Concurso, otorgadas por otras entidades.

Citar

Año:

9- RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

Cargo:

Ganado por concurso: Sí () NO()

Cátedra:

Universidad:

Año:

10- OTRO REQUISITO O ACTIVIDAD SEGÚN LA ESPECIALIDAD CONTEMPLADO EN EL REGLAMENTO

(últimos 5 años, en orden cronológico, primero al último)

Requisito

Año:

Dejo constancia que conozco y acepto el Proceso de Recertificación de la SPN y declaro que los antecedentes que constan en la presente solicitud y en mi Curriculum Vitae pertenecen y son ciertos.

La presente tiene carácter de Declaración jurada.

Sin otro particular, saludo atentamente al Dr. Presidente con toda mi consideración.

Firma y sello del postulante

PARA USO RESERVADO DEL COMITÉ DE RECERTIFICACIÓN

EVALUACION FINAL: APROBADO SÍ () NO ()

TOTAL DE PUNTOS:

FECHA:

FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ