**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 2024.**