|  |
| --- |
| Sociedad Paraguaya de InfectologíaSOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN Asunción, de del 2024 Dr. Virgilio Lezcano Presidente Sociedad Paraguaya de Infectología Por la presente solicito a Ud. y Miembros del Tribunal de Certificación y Recertificación sea considerado mi currículum, para acceder a la Certificación en Infectología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INFORMACIÓN PERSONAL  |
| Nombre y Apellido: |
| Nacionalidad: Edad:  |
| C.I.Nº:  | Estado Civil: |
| Correo electrónico: | Registro Prof: |
| Dirección: |
| Celular: | Ciudad: | País:  |
| 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:  |
| MIEMBRO DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA DE: |

 …………………………………… …………………………………………………..

Firma Aclaración Del Solicitante

**REQUISITOS PARA CERTIFICACIÓN**

**ADJUNTAR EN UNA CARPETA ARCHIVADORA EN EL SIGUIENTE ORDEN**

* 1. Curriculum Vitae resumido
	2. 2 Fotos tipo carnet

**Copia autenticada de los siguientes documentos (una copia)**

a) Cédula de Identidad

b) Registro Profesional

c) Título de Médico

d) Título de Especialista en Pediatría o Clínica Médica

e) Certificación en Pediatría o Clínica Médica

f) Título de Infectólogo Clínico o Infectólogo Pediátrico

g) Certificado de Residencia de Infectología.

h) Certificado de estudios en la especialidad de Infectología, otorgado por Unidad Académica o Universidad.

i) Arancel: socios 400.000 gs; no socios 800.000 gs