|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sociedad Paraguaya de Infectología  SOLICITUD 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