



SOCIEDAD PARAGUAYA DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Asunción, 20....

Señor Presidente/a de la Sociedad Paraguaya de Oftalmología:

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud con el objeto que sea considerada mi solicitud de evaluación dentro del Programa y Reglamento de Certificación y Recertificación **TÍTULO de especialista en OFTALMOLOGÍA.**

Registro Profesional N°.....

DATOS PERSONALES:

Apellidos.....	Sexo.....
Nombres:.....	Estado civil.....
Fecha nacimiento.....	Cédula identidad.....
Ciudad de nacimiento.....	Celular.....
País.....	
RUC.....	
Domicilio.....	
Te. Dom.....	
E-mail.....	

PRE GRADO:

Universidad.....
País.....
Ciudad.....
Año de Egreso.....
Registro Profesional.....

POST- GRADO:

Institución.....	Ciudad.....
Fecha desde.....	Hasta.....
Expedido por.....	
Certificado o Título.....	

EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ESPECIALIDAD:

Institución privada.....		
Teléfono.....	Fax.....	Dirección.....
Institución pública.....		
Teléfono.....	Fax.....	
Cargo.....		
Consultorio privado (dirección).....		
Ciudad.....		
Teléfono.....	Fax.....	

Dejo constancia que conozco y acepto el Programa de Certificación y Recertificación de la SPO y declaro que los antecedentes y datos que constan en la presente solicitud y en mi currículum vital me pertenecen y son ciertos.

La presente tiene carácter de Declaración Jurada

Acepto la decisión del Tribunal de la SPO respecto a mi Certificación.

Sin otro particular le saludo atentamente.

.....
Firma

.....
Aclaración de firma