



SOCIEDAD PARAGUAYA DE OFTALMOLOGÍA

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

Señor Presidente 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 Re-Certificación del título de especialista en Oftalmología.

Fecha Certificación.....

Registro Profesional N°.....

Socio N°.....

DATOS PERSONALES:

Apellidos.....

Nombres:.....

Fecha nacimiento.....

Ciudad de nacimiento.....

País.....

RUC.....

Domicilio.....

Te. Dom.....

E-mail.....

Sexo.....

Estado civil.....

Cédula identidad.....

Cel.....

PRE GRADO:

Universidad.....

País.....

Ciudad.....

Año de Egreso.....

Registro Profesional.....

POST- GRADO:

Institución.....

Fecha desde.....

Expedido por.....

Ciudad.....

Hasta.....

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 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 Recertificación.

Sin otro particular le saludo atentamente.

.....

Firma

.....

Aclaración de firma