



# 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 Recertificación del título de especialista en Oftalmología.

Fecha Certificación.....  
Registro Profesional N°.....  
Socio N°.....

### DATOS PERSONALES:

Apellidos..... Sexo.....  
Nombres..... Estado civil.....  
Fecha nacimiento..... Cédula identidad.....  
Ciudad de nacimiento..... Cel.....  
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.....

### 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