



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.....	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