



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

C.R.U.M.

Recertificación Universitaria de Medicina



**ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES
DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

Solicitud de Inscripción para la recertificación
de título de MÉDICO ESPECIALISTA UNIVERSITARIO

Apellidos y Nombres:

DNI.:

Celular.:

Nº de Matrícula Profesional

Nº de afiliado a la AMM:

Hospital:

Especialidad que recertifica:

Buenos Aires, de de 20

Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Buenos Aires
Prof. Dr. Luis Ignacio Brusco

S/D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. a fin de presentar la Documentación correspondiente para realizar la recertificación de mi especialidad como *(copiar textual según figura en el título de especialista)*, según convenio firmado entre vuestra Facultad y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

Sin otro particular, lo saluda muy atte.

Firma

Aclaración

Matrícula Profesional



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA LA RECERTIFICACIÓN DE TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA UNIVERSITARIO

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

Documentos de Identidad	DM	Lugar y Fecha de Nacimiento
L.E. N° _____		Día _____ Mes _____ Año _____
L.C. N° _____		País o Nación _____
D.N.I. N° _____		Provincia _____
PASAPORTE N° _____		Departamento/Partido _____
C.I. N° _____		_____
POLICIA _____		Localidad _____

DOMICILIO REAL:

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Código Postal: _____ Teléfono/Fax: _____

Provincia: _____ Departamento/Partido: _____

Localidad: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Domicilio Constituido en la Ciudad de Buenos Aires

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Código Postal: _____ Teléfono/Fax: _____



La presentación de esta solicitud implica, por parte del suscripto, el conocimiento de las condiciones fijadas por el Consejo Directivo Res.(C.D.) N° 1406/02, (ver página 3).

Buenos Aires, _____

Firma del aspirante

Fecha de Recepción: _____

Firma

Aclaración de firma, función y cargo

Se agrega a la presente la documentación siguiente:

Firma del aspirante



CONDICIONES Y REQUISITOS

Condiciones:

- Médicos que posean título de especialista por autoridad reconocida, de acuerdo con la reglamentación vigente.
- Los postulantes podrán acceder a la recertificación a partir de los cinco (5) años de la certificación de su título de especialista.
- No haber sido inhabilitado judicialmente para el ejercicio de su profesión.
- No haber sido suspendido o sancionado por el Colegio de Médicos, las Sociedades Científicas, los tribunales de disciplina u otro organismo colegiado similar.

Requisitos:

- Para poder realizar la recertificación el interesado debe ser afiliado de la AMM con una antigüedad no menor a los 90 días
- El formulario de recertificación debe ser completado por el interesado, a mano y con letra de imprenta, debe firmar todas las hojas ya que el mismo tiene carácter de declaración jurada.
- Presentación de fotocopia del título de médico
- Presentación de fotocopia del título de especialista:

Aclaración: Aquellos profesionales cuyos títulos no fueron emitidos por la UBA deben presentar las fotocopias autenticadas ante Escribano.

- Curriculum Vitae actualizado desde la certificación hasta el momento de la nueva presentación. Tendrá carácter de declaración jurada y deberá cumplimentarse según lo requerido en el presente formulario.

- Se debe presentar 1 formulario por especialidad a recertificar

- Todas las hojas del presente formulario deben estar firmadas



a) **TÍTULOS UNIVERSITARIOS** (indicando Facultad, Universidad y fecha en que han sido expendidos).

b) **CARGOS UNIVERSITARIOS.**

Firma



c) ANTECEDENTES DOCENTES E ÍNDOLE DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

c1) Carrera Docente:

c2) Actividad Docente de pregrado:

c3) Actividad Docente de postgrado:

Firma



d) ANTECEDENTES CIENTÍFICOS DETALLANDO:

IMPORTANTE: Si el espacio es insuficiente, agregar folios numerados y firmados

d1) Cursos de perfeccionamiento realizados:

d1) a- Con evaluación:

d1) b- Sin evaluación:

d2) Trabajos de investigación:

Firma



d3) Comunicaciones libres o poster a Congresos:

d4) Libros o capítulos en libros:

d5) Tarea editorial:

Firma



e) DESEMPEÑO ASISTENCIAL: *(Detallar si actualmente está en actividad o jubilado)*

e1) Actuación hospitalaria y desempeño profesional:

e2) Actuación en otras Universidades e Institutos:

Firma



**f) PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS O ACONTECIMIENTOS SIMILARES NACIONALES O INTERNACIONALES:
(Indicar el carácter en el cual participa)**

f1) Seminarios:

a) Conferencista:

b) Coordinador:

c) Panelista:

d) Otros:

Firma



f2) Jornadas:

a) Conferencista:

b) Coordinador:

c) Panelista:

d) Otros:

Firma



f3) Congresos:

a) Conferencista:

b) Coordinador:

c) Panelista:

d) Otros:

Firma



g) ENUNCIACIÓN DE LOS PREMIOS Y DISTINCIONES MERECIDOS:

g1) Premios:

g2) Becas:

g3) Subsidios:

Firma



h) OTROS ELEMENTOS DE JUICIO QUE SE CONSIDEREN VALIOSOS:

TOTAL:

Firma