

**HABILITACION DE PROFESIONALES  
PARA ABLACION DE TEJIDOS**

**PROFESIONAL PROPUESTO**

APELLIDO/S:.....  
 NOMBRE/S: .....  
 DOC. NRO.: ..... /... / 01-DNI 02-LE 03-LC 04-CI 05-OTRO NACIONALIDAD: /... /1- ARGENT 2- EXTRANJ  
 ESPECIALIDAD:.....MATRICULA NRO.: .....TIPO: /... / 01- NACIONAL 02- PROVINCIAL  
 DOMICILIO: CALLE: ..... N°..... LOCALIDAD: ..... C.P .....  
 PARTIDO: ..... PROVINCIA:.....  
 TELEFONO:..... CELULAR: .....  
 E-MAIL:.....

**REGION SANITARIA:** .....

**HABILITACION PARA ABLACION DE:**

- 01- CORAZON, VASOS Y VALVULAS
- 02- CORNEAS Y ESCLERAS \*
- 03- PIEL

**DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA**

- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO PROFESIONAL
- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO ESPECIALISTA (SOLO PARA HIGADO Y RIÑON)
- CV ABREVIADO
- CERTIFICADO DE ETICA CON INDICACION DE LA ESPECIALIDAD, EXPEDIDO POR EL COLEGIO DE MEDICOS DEL DISTRITO CORRESPONDIENTE.
- COPIA DE MATRICULA HABILITANTE (ENFERMERIA).
- \* DEBERA ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CURSO DE CUCAIBA.

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada.  
 Declaramos conocer y aceptar las normas legales vigentes sobre ablación e implante de tejidos.-

La Plata, ..... de .....de 20.....

SOLICITANTE:

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

ACLARACION

COORDINADOR  
HOSPITALARIO:

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

ACLARACION