

HABILITACION DE PROFESIONALES
PARA ABLACION DE ORGANOS

MEDICO 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:.....

GESTIONA AUTORIZACION EN CALIDAD DE ABLACIONISTA

.....

HABILITACION PARA ABLACION DE:

- 01- RIÑON Y URETER
- 02- HIGADO
- 03- RENOPANCREAS

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.

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 órganos.-

La Plata, dede 20.....

SOLICITANTE:	FIRMA	ACLARACION
COORDINADOR HOSPITALARIO:	FIRMA	ACLARACION