

**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, dede 20.....

SOLICITANTE:

FIRMA

ACLARACION

COORDINADOR
HOSPITALARIO:

FIRMA

ACLARACION