

**DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO LA VERACIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS ANTE LA DIRECCION DE REGISTROS Y CONTROL DE PROFESIONES EN SALUD**

**INSCRIPCION**  
1ra. Vez  Especialidad

**OTROS**  
Renovación  Reexpedicion  Constancia

**DATOS PERSONALES**

Nombre y apellido:..... C.I.Nro:..... E. Civil:.....  
Fecha de nacimiento:..... Departamento:..... Ciudad de Nac.:..... País: .....

**RESIDENCIA PERMANENTE**

Dirección:..... Departamento:.....  
Ciudad:..... Barrio:..... Tel:.....  
Cel:..... Cel:..... Email:.....

**DATOS LABORALES (LUGAR DE TRABAJO)**

**Publico**

Servicio:.....  
Dirección:..... Dpto.:..... Ciudad:.....  
Telefono:..... Email:.....

**Privado**

Servicio:.....  
Dirección:..... Dpto.:..... Ciudad:.....  
Telefono:..... Email:.....

**TITULOS DE SALUD OBTENIDOS**

**Título (Profesion)** ..... **Instituto/Universidad** ..... **País** .....

**POSTGRADO**

**Nombre** ..... **Instituto/Universidad** ..... **País** .....

Recertificación:..... Año:.....

**REGISTRO DE FIRMAS**

.....  
Firma completa

.....  
Media Firma

Fecha:

Verificado: