

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

**NIVEL**

Universitario  Técnico  Auxiliar

Nro. Recibo

**INSCRIPCION**

1ra. Vez  Especialidad

**OTROS**

Renovación  Reexpedicion   
 Recertif. de Especialidad  Constancia

**DATOS PERSONALES**

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

**RESIDENCIA PERMANENTE**

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

**DATOS LABORALES (LUGAR DE TRABAJO)**

**Publico**

Servicio:.....  
 Direccion:..... Dpto.:..... Ciudad:.....  
 Telefono:..... Email:.....

**Privado**

Servicio:.....  
 Direccion:..... Dpto.:..... Ciudad:.....  
 Telefono:..... Email:.....

**TITULOS DE SALUD OBTENIDOS**

<b>Titulo (Profesion)</b>	<b>Instituto/Universidad</b>	<b>País</b>
.....	.....	.....

**POSTGRADO**

<b>Nombre</b>	<b>Instituto/Universidad</b>	<b>País</b>
.....	.....	.....

Recertificacion:..... Año:.....

**REGISTRO DE FIRMAS**

.....  
 Firma completa

.....  
 Media Firma