

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL POR MISION, EN REFERENCIAS A LA RES. NRO. 467/2018

DOCUMENTOS DE LA MISION					
ORGANIZACION	CARACTER	NOMBRE			
	OFICIAL <input type="checkbox"/> NO GUBERNAMENTAL <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/>				
DIRECCION		TEL-FAX			
CIUDAD		DPTO.			
RESPONSABLES EN PARAGUAY		NOMBRE	APELLIDO	DOC.TIPO	DOC.Nro
RESPONSABLE DE LA ORGANIZACION					
RESPONSABLE TECNICO DE LA MISION					
ACTIVIDADES					
CONVENIO MARCO					
FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	CIUDAD	LUGAR	DPTO.	

DOCUMENTOS PARTICULARES Y PROFESIONALES DE LOS INTEGRANTES							
NOMBRE	APELLIDO	DOC.TIPO	DOC.PAIS	DOC.Nro	PROFESION	HABILITACION PROFESIONAL Nro	INSTITUCION DE REGULACION PROFESIONAL

Res. NRO. 467/18 Por la cual se establecen los requisitos para otorgar autorización temporal a profesionales en ciencias de la salud con títulos y/o certificados obtenidos en el extranjero.

Para el efecto, se exigirán los siguientes requisitos:

- * Constancia de invitación al evento
- * Fotocopia autenticada del D.N.I o Pasaporte del profesional o profesionales invitado/s
- * Constancia de antecedentes profesionales del colegio respectivo, del Ministerio de Salud o de otra Institución del país del invitado, que regule el ejercicio de la profesión

.....
Firma y Sello