

PROGRAMA DE RECERTIFICACIÓN CIENTÍFICA EN MEDICINA TRANSFUSIONAL

SOLICITUD DE RECERTIFICACION

Fecha: .......................

Sr. Presidente de la AAHITC De mi mayor consideración:

Me dirijo a UD con el objeto de que se considere mi solicitud para Recertificación Científica / Título de …………………………………………..........................................................................................

1- Datos de filiación:

Apellido: Nombres:

Lugar y fecha de nacimiento:

DNI: Nacionalidad: Edad:

Domicilio: ............................ .......................... ..........................

Calle y Nº Ciudad Provincia

C.P.......... Tel.: ..................... Email: ..................................................Nº de asociado: ..................

2 - Título habilitante: .......................................................................................................................

Otorgado por: ...............................................................................................Fecha: ......................

Nº matrícula profesional: Nacional: ....................... Provincial: ...............................

3 - Lugar de trabajo: ......................................................................................................................

4 - Pide Recertificación:

Por 1º vez (debe acreditar antecedentes de 1 año) Por 2º vez (debe acreditar antecedentes de 5 años) Indicar el período solicitado inicio

final



Dejo constancia que conozco y acepto el Programa de Recertificación de la AAHITC y declaro que los antecedentes adjuntos a la presente solicitud me pertenecen y son ciertos.

La presente tiene carácter de declaración jurada.

Acepto la decisión de la Comisión Directiva de la AAHITC respecto de mi Recertificación. Sin otro particular, saludo atentamente al Sr. Presidente con toda mi consideración.

Firma y aclaración del postulante

FORM-CODEI-003 V. 1 Octubre 2020 Página **1** de **1**