

## FICHA DE REGISTRO CIRUJANOS PLÁSTICOS EN FORMACIÓN

Fecha: ...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDO: .....

NACIONALIDAD: ..... DNI Nº ..... CUIT: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... ESTADO CIVIL: .....

TITULO MÉDICO OTORGADO POR: ..... AÑO: .....

MATRICULA NACIONAL Nº :..... MATRICULA PROVINCIAL Nº : .....

CENTRO DE FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD:

HOSPITAL  UNIVERSIDAD  **AÑO QUE CURSA:**.....

**FECHA DE INICIO A LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD:** ...../...../.....

**FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD:** ...../...../.....

### UNIVERSIDAD

NOMBRE: .....

### HOSPITAL

NOMBRE: .....

JURISDICCION: NACIONAL PROVINCIAL PRIVADA OTRAS

SERVICIO: .....

CONDICIÓN (marcar con X): CONCURRENTE RESIDENTE NACIONAL  
RESIDENTE EXTRANJERO BECARIO

### DOMICILIO PARTICULAR

CALLE: .....N\* : .....PISO: ..... DTO.: .....

LOCALIDAD: ..... COD. POSTAL: ..... TEL.: .....

CELULAR: .....

E MAIL: .....

### DOMICILIO CONSULTORIO

CALLE: .....N\* : .....PISO: ..... DTO.: .....

LOCALIDAD: ..... COD. POSTAL: ..... TEL.: .....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO  
O DIRECTOR DE LA CARRERA

**DEBERÁ ADJUNTAR:** FOTO TIPO CARNET y FOTO DEL TÍTULO DE MÉDICO