



**Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar
S.P.M.F.**

Asunción – Paraguay

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha:.....

DATOS PERSONALES

Apellidos: Sexo:
Nombres: Estado Civil:
Fecha de Nac. Ciudad de Nac.
País Céd. de Identidad N°:
Domicilio: Ciudad:
Teléfono: Celular:
E-mail: Ruc:
Registro Profesional N°

PRE-GRADO

Universidad:
País:
Ciudad:
Año de Egreso: Reg. Prof. N°:

POST-GRADO

Institución: Ciudad:
Fecha desde: Hasta:
Expedido por:
Certificado o Título:

RESIDENCIA en MEDICINA FAMILIAR

Institución: Ciudad:
Fecha desde Hasta :
Expedido por:
Certificado o Título:

EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ESPECIALIDAD

Institución Privada:
Teléfono: Fax:
Institución Pública:
Teléfono: Fax:.....
Cargo:
Consultorio Privado:
Teléfono: Fax:

Miembro de la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar: SI NO

.....
Firma

***ADJUNTAR DOCUMENTOS SEGÚN ESTATUTO DE LA S.P.M.F.**