

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESPECIALIDAD

**ORGANIZACION Y ADMINISTRACION
DE SISTEMAS DE SALUD**

Fecha:

Presentada por el/la Dr./a:.....

Matrícula:..... Domicilio:.....

Localidad:..... C.P.:TEL.: (.....)

Art. 3º: 6 años de ejercicio en la profesión. **SI NO**

Inc. A): Profesor titular ó adjunto en cátedra de la especialidad que solicita, accedida por concurso. **SI NO**

Inc. B): Titulo especialista cursos post-grado en Universidad Argentina. **SI NO**

Art.4º:
Acreditando 10 años de ejercicio profesional y 5 años como mínimo de dedicación a la especialidad con: **SI NO**

Inc. 1): Cursos teóricos con práctica, con evaluación final aprobada, totalizando cantidad horas que se indica para cada especialidad. **SI NO**

Inc. 2): Realizado y aprobado residencia de post-grado de la especialidad, accedida por concurso con tres años duración y acreditación mínimo 200 horas cursos. **SI NO**

Documentación que adjunta:

Art.5º: ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE SALUD:

1) Presentar tres (3) trabajos de terreno presentados ante la Administración Pública o de Obras Sociales. **SI NO**

2) Horas curso: 500 hs. **SI NO**

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

EVALUACION DISTRITAL ADMINISTRATIVA: **SI NO**

RECIBIDO POR:.....

CONTROLADO POR:.....

CUMPLIMENTA / NO CUMPLIMENTA requisitos establecidos en el Reglamento de Especialidades vigente para ser elevado para su evaluación por el Tribunal Provincial Evaluador de la Especialidad.

Sello Distrito

.....
Secretario General

.....
Presidente