



ASOCIACION PARAGUAYA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Fundada el 30 de Noviembre del 1995
Personería Jurídica N° 2958

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:



ASOCIACION PARAGUAYA DE MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Fundada el 30 de Noviembre del 1995
Personería Jurídica N° 2958

RESIDENCIA en Cuidados Paliativos

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 Asociación Paraguaya de Medicina y Cuidados Paliativos: SI NO

.....

Firma

***ADJUNTAR DOCUMENTOS SEGÚN ESTATUTO DE LA APM y CP**