#### 

TRIBUNAL DE CERTIFICACION

#### SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN EN CLINICA PEDIÁTRICA

Fecha: ......./……/…….

### Filiación

### Nombres y Apellidos..................................................................................................................................

Lugar y fecha de nacimiento......................................................................................................................

Nacionalidad.......................................................Estado civil.....................................................................

Cédula de Identidad N.º...........................Registro Profesional N.º............................................................

Dirección particular......................................................................................Tel (021) ..............................

Dirección profesional...................................................................................Tel (021) ……………….....

Celular………...................................... E. Mail…………………………………………………….……

###### Formación Académica

**Grado…………………………………………**

Universidad(s)……………………. ………… Fecha de egreso: ............../.............../................

**Post Grado…………………………………...**

Universidad………. ……………………………Fecha de egreso............../.............../...................

Residencia pediátrica en el país:

Centro Formador:……………………..Desde......./............./............ Hasta………/........../............

Título (si) (no)

Residencia pediátrica en el exterior:

Centro Formador:………………………….. Desde................................Hasta...............................

Título (si) (no)

**C. Actividad Societaria**

###### ¿Miembro de la Sociedad de Pediatría? Si………. No……….

###### ¿Miembro de alguna sociedad científica? Si............... No.............. ¿Cuál?......................................

###### 

###### ..................................................... ………………………………….

###### Firma Aclaración de firma

###### Todos los Items deben ser completados Requisitos al dorso

###### 

**CERTIFICACIÓN EN CLINICA PEDIATRICA**

**REQUISITOS**

1. PARA ACCEDER A LA CERTIFICACIÓN EN CLINICA PEDIATRICA se requiere:

**I. MEDICOS NACIONALES:**

1. **Título de Médico Cirujano**, registrado en el MSP y BS, original o copia autenticada por escribanía.
2. **Título de Médico Especialista en Clínica Pediátrica,** registrado en el MEC, original o copia autenticada por escribanía, otorgado por una institución universitaria cuya carrera haya ingresado al proceso de Evaluación y Acreditación de carreras de post grado del Organismo Técnico habilitado por ley de la Nación. (ANEAES. Ley 4995/13) / (Resolución. Asamblea General Extraordinaria del 9 de diciembre de 2013).

En caso de Título en Gestión, presentar los documentos probatorios de formación pediátrica:

* **Resolución administrativa de nombramiento de los 3 años de Adiestramiento en servicio (Residencia).**
* **Certificado de estudios de la Dirección de Postgrado Universitario o constancia de culminación y aprobación de todos los requisitos del programa de formación expedido por la Dirección de post grado de la Facultad / Universidad correspondiente.**

1. Los médicos paraguayos que hayan realizado la Residencia en el exterior, deberán presentar los documentos (títulos o constancias), debidamente reconocidos (CONES - MEC). Es obligatoria la traducción de estos documentos si fuera el caso.

Observación: Adjuntar ***Curriculum vitae***

**II. MEDICOS EXTRANJEROS**

1. **Título de Médico (o similar)** reconocido y revalidado por los entes nacionales autorizados (CONES - MEC).
2. **Título de Especialista en Clínica Pediátrica** del país de su formación, debidamente reconocido y revalidado (CONES – MEC)

Es obligatoria la traducción de estos documentos si fuera el caso.

Observación: Adjuntar ***Curriculum vitae***

1. **APROBAR EL EXAMEN DE CERTIFICACIÓN.**