

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESPECIALIDAD**

**RADIOLOGIA DENTO MAXILO FACIAL**

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: RADIOLOGIA:**

1) Una (1) monografía del tema. **SI NO**

2) Horas curso: 200 hs como mínimo. **SI NO**

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

EVALUACION DISTRITAL ADMINISTRATIVA: **SI NO**

RECIBIDO POR:.....

CONTROLADO POR:.....

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

.....  
Secretario General

Sello Distrito

.....  
Presidente