

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESPECIALIDAD
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

Fecha:

Presentada por el/la Od.:.....

Matrícula:..... Domicilio:.....

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

Art. 3º: Acreditar 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**

Inc. C): Residencia Profesional o programa de capacitación equivalente, reconocida y autorizada por el Ministerio de Salud provincial o de la Nación, en alguna de las especialidades previstas en este reglamento. **SI** **NO**

Inc. D): Titulo especialista, en alguna de las especialidades previstas en este reglamento, en curso de posgrado acreditado por CONEAU. **SI** **NO**

Art.4º: Acreditar 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: DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES:

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

2) Horas curso: 400 hs como mínimo, de las siguientes disciplinas: RX, resonancia magnética, TAC, ecografía, densitometría, estudios contrastados y afines a la especialidad..... **SI** **NO**

OBSERVACIONES:.....

EVALUACION DISTRITAL ADMINISTRATIVA:..... **SI** **NO**

RECIBIDO POR:.....

CONTROLADO POR:.....

CUMPLIMENTA / NO CUMPLIMENTA los requisitos establecidos en el Reglamento vigente.

.....
Secretario General

.....
Sello Distrito

.....
Presidente