

DECLARACION JURADA PARA PROFESIONALES MEDICOS NO REGISTRADOS EN LA MATRICULA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DISTRITO III

..... de nacionalidad _____, identificado/a con documento de identidad número _____, de ocupación MÉDICO, con domicilio en _____, declaro bajo juramento que:

I.- Que vengo a solicitar autorización para el ejercicio profesional con carácter PROVISORIO, en forma excepcional y temporaria en los términos del DNU 260/2020 del Poder Ejecutivo Nacional – Emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, en virtud de la Pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19 , por el plazo de 60 días en la jurisdicción del COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DISTRITO III a los fines de dar cumplimiento con lo normado por D.L. 5413/58.-

II.- Que a tal efecto declaro los siguientes datos:

*APELLIDO: _____

*NOMBRES: _____

() NO POSEO MATRICULA NACIONAL.

() POSEO MATRICULA NACIONAL CON NÚMERO: _____

FECHA MATRICULA NACIONAL:

NACIONALIDAD: _____

SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____

NRO. DE DOCUMENTO _____

ESTADO CIVIL: _____

UNIVERSIDAD: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO: _____

CONVALIDACIÓN: _____

FECHA CONVALIDACIÓN: _____

DIRECCIÓN DE E-MAIL: _____

DEDICACIÓN (ESPECIALIDAD): _____

() NO POSEO CUIT/ CUIL

() POSEO CUIT/ CUIL CON NÚMERO: _____

DOMICILIO REAL (RESIDENCIA)

CALLE Y NRO.: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____

CELULAR: _____

DOMICILIO PROFESIONAL

*ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL: _____

*DOMICILIO: _____

DEPENDIENTE DE (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES – MUNICIPALIDAD): _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE SON VERDADEROS LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO Y POSEO LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACION RESPALDATORIA.-

LUGAR Y FECHA:

Ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__ *

_____ *

(Firma)

_____ *

(Aclaración de firma)

SE ADJUNTA A LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA ARCHIVO DIGITAL DE:

* () FOTO

* () TITULO DE MEDICO COMPLETO

* () DNI/PASAPORTE (tachar lo que no corresponda)

* () CERTIFICADO DE TRABAJO

*Campos obligatorios

Enviar la información a:

dnu260registro@colmed3.org.ar

Para la emisión del Certificado es imprescindible la presentación, por esta vía, de toda la documentación requerida.