|  |  |
| --- | --- |
| **Sociedad Paraguaya de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos.**    ***Requisitos para la Recertificación*.**  Informes: Tte. Ruiz 725C/ Tte. Morales  Email: spmcyci@gmail.com | * Completar el Formulario de Solicitud de Recertificación * Curriculum Breve. * Una fotocopia autenticada de la Cedula de Identidad. * Una fotocopia autenticada del Registro Profesional. * Una fotocopia autenticada del Título Profesional. * Una fotocopia autenticada del Título de Especialista. * Dos fotos tipo carnet. * Adjuntar fotocopias de los Certificados de Cursos, Congresos, Talleres que ha participado en los últimos 5 años. * Certificado Laboral de los últimos 5 años. * Registro de los Antecedentes de Actividad Asistencial, formación profesional y producción científica/docencia, se limitara sólo al correspondiente a los últimos 5 años. * Costo: Gs. 300.000.- |