|  |  |
| --- | --- |
| **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.-
 |