



CONSEJO DE CERTIFICACION
Y RECERTIFICACION
DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Facultad de Medicina. Colegio Médico de Tucumán. Circulo Medico del Sur. Sistema Provincial de Salud.

Consejo de Certificación y Recertificación de Especialidades Médicas – CCREM

San Miguel de Tucumán, de Marzo de 2016

A la Presidente de CCREM

Dra. Cristina Bazán de Casella

Presente

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la aceptación para la inscripción en la **Recertificación** de la Especialidad

.....

Dejo constancia expresa que conozco y acepto el programa de Certificación y Recertificación de Especialidades Médicas para la inscripción.

Declaro que los antecedentes que adjunto me pertenecen y son ciertos.

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.



CONSEJO DE CERTIFICACION
Y RECERTIFICACION
DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Facultad de Medicina. Colegio Médico de Tucumán. Circulo Medico del Sur. Sistema Provincial de Salud.

Consejo de Certificación y Recertificación de Especialidades Médicas – CCREM

San Miguel de Tucumán, de Marzo de 2016

A la Presidente de CCREM

Dra. Cristina Bazán de Casella

Presente

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la aceptación para la inscripción en la **Certificación** de la Especialidad

.....

Dejo constancia expresa que conozco y acepto el programa de Certificación y Recertificación de Especialidades Médicas para la inscripción.

Declaro que los antecedentes que adjunto me pertenecen y son ciertos.

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.