



CONSTANCIA EN CAPACITACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA

Requisitos

1. Ser Miembro Adjunto Titular (MAT) o Miembro Titular (MAAC).
2. Solicitud de Admisión: donde se consignarán los datos personales. Las solicitudes deberán cumplir con los requisitos que acrediten el número de operaciones del último año, tres (3) nombres de MAAC de la A.A.C. que avalen su actividad y formación en Cirugía Laparoscópica.
Y estará acompañada por:
 - Un curriculum que certifique la actividad desarrollada en Cirugía Laparoscópica.
 - Fotocopia del Título de Médico
 - Certificado de especialista expedido por una entidad reconocida (Universidad, colegio de Ley, Entidad científica etc.), que podrán ser nacionales o extranjeras.
 - Planillas para anotar las operaciones: Realizadas en forma hospitalaria o privada, desde el 1° de enero al 31 de diciembre del año anterior a la presentación, en hojas separadas por cada establecimiento, refrendadas por el Jefe del Servicio o Director de los mismos.
- 3.- El arancel de inscripción: \$ 400.-

Esta documentación debe entregarse o remitirse a la Secretaría de la Asociación Argentina de Cirugía.



CONSTANCIA EN CAPACITACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA

Buenos Aires,
Señor Presidente del Comité de Cirugía Videoendoscópica y Mininvasiva
S./D.-

Me dirijo a Ud., con el objeto de que sea considerada mi solicitud de Certificación en Cirugía Laparoscópica.
Dejo constancia expresa que los antecedentes que acompaño me pertenecen y son ciertos.

FILIACION:

Form fields for personal and professional data: Apellido, Nombres, Lugar y Fecha de Nacimiento, Dirección, Código Postal, Domicilio Profesional, C.U.I.T., Ciudad, Provincia, País, Tel. particular, Tel. consultorio, Celular, Fax, e-mail, Matrícula Profesional (Nacional and Provincial N°), D.N.I. N°, C.I. N°.

- Acepto que mis datos personales puedan ser incorporados a la base de datos de Internet:

Sí (radio button) No (radio button) (marcar lo que corresponda)

TITULOS

Form fields for titles: Fecha de egreso, Facultad, Universidad, Otros Títulos Universitarios.

ANTIGÜEDAD EN LA PRACTICA QUIRURGICA LAPAROSCOPICA

1. Hospitalaria

Form fields for hospital experience: Servicio, Hospital, Desde, hasta.

2. Privada

Form field for private experience: Servicio, Institución.

ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA:

Form fields for specialization: Especialidad, Antigüedad en la misma, Servicio donde se desempeña, Cargo, Certificación expedida por.

CURSOS EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA REALIZADOS:

Form field for completed courses.



.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONGRESOS Y JORNADAS ASISTIDAS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MIEMBRO TITULAR DE SOCIEDADES QUIRURGICAS:

Sociedad	Fecha de Admisión
.....
.....
.....
.....
.....

CERTIFICACION DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA

Los siguientes profesionales **MAAC**, cirujanos de reconocida actuación en nuestro país, pueden ser consultados respecto de mi persona a los fines que la Asociación Argentina de Cirugía juzgue de su interés.

Nombre y Apellido

1.

2.

3.



Desarrollada por el doctor.....

Desde el 1° de enero de 20..... al 31 de diciembre de 20..... (como cirujano o ayudante)

N°	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante ⁽¹⁾	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

N°	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante ⁽¹⁾	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
----	-------	-------------	----------------	----------	-------------------------	--



26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						

(1) Si actuó como ayudante, mencionar el nombre del cirujano

* Marcar con una cruz lo que corresponda

Certificado por.....
(Jefe de Servicio o Director del Hospital)