**PODER -** Solicitud de **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA**

**N° de pago\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
N° de orden\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

El Profesional

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Domicilio |  |
| CUIT |  |
| Teléfono |  |
| Mail |  |

Marque con un cruz la opción correspondiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | MÉDICO | Matricula Nacional N°: |  |
|  |  | ODONTÓLOGO | Matricula Nacional N°: |  |

**Autoriza a tramitar ante el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación la inscripción del Profesional como Especialista en………………………………………………………………**

**al Sr/Sra:**

**Datos del apoderado**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Domicilio |  |
| CUIT |  |
| Teléfono |  |
| Mail |  |

Causa de apoderamiento:

|  |  |
| --- | --- |
|  | a.    Enfermedad o Accidente de largo tratamiento |
|  | b.    Residencia fuera del país. |
|  | c.     Residencia en el interior del país. |

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma Apoderado

Firma y sello del Profesional