

DECLARACION JURADA PARA PROFESIONALES MEDICOS NO REGISTRADOS EN LA MATRICULA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DISTRITO III

..... de nacionalidad \_\_\_\_\_, identificado/a con documento de identidad número \_\_\_\_\_, de ocupación MÉDICO, con domicilio en \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que:

I.- Que vengo a solicitar autorización para el ejercicio profesional con carácter PROVISORIO, en forma excepcional y temporaria en los términos del DNU 260/2020 del Poder Ejecutivo Nacional – Emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, en virtud de la Pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19 , por el plazo de 60 días en la jurisdicción del COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DISTRITO III a los fines de dar cumplimiento con lo normado por D.L. 5413/58.-

II.- Que a tal efecto declaro los siguientes datos:

\*APELLIDO: \_\_\_\_\_

\*NOMBRES: \_\_\_\_\_

( ) NO POSEO MATRICULA NACIONAL.

( ) POSEO MATRICULA NACIONAL CON NÚMERO: \_\_\_\_\_

FECHA MATRICULA NACIONAL:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

NRO. DE DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO: \_\_\_\_\_

CONVALIDACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA CONVALIDACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE E-MAIL: \_\_\_\_\_

DEDICACIÓN (ESPECIALIDAD): \_\_\_\_\_

( ) NO POSEO CUIT/ CUIL

( ) POSEO CUIT/ CUIL CON NÚMERO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO REAL (RESIDENCIA)

CALLE Y NRO.: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PROFESIONAL

\*ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL: \_\_\_\_\_

\*DOMICILIO: \_\_\_\_\_

DEPENDIENTE DE (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES – MUNICIPALIDAD): \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE SON VERDADEROS LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO Y POSEO LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACION RESPALDATORIA.-

LUGAR Y FECHA:

Ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ \*

\_\_\_\_\_ \*

(Firma)

\_\_\_\_\_ \*

(Aclaración de firma)

SE ADJUNTA A LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA ARCHIVO DIGITAL DE:

\* ( ) FOTO

\* ( ) TITULO DE MEDICO COMPLETO

\* ( ) DNI/PASAPORTE (tachar lo que no corresponda)

\* ( ) CERTIFICADO DE TRABAJO

\*Campos obligatorios

Enviar la información a:

[dnu260registro@colmed3.org.ar](mailto:dnu260registro@colmed3.org.ar)

Para la emisión del Certificado es imprescindible la presentación, por esta vía, de toda la documentación requerida.