HOJA DE DATOS PERSONALES DEL PROFESIONAL

Trámite a realizar: Permanente ☐ Provisional ☐

Profesión _____
(Debe colocar el nombre de la profesión del trámite)

PEGAR FOTO FORMAL B/N

1. Nombre completo: _____
2. Nacionalidad _____
3. DUI No.: _____
4. Dirección del domicilio: _____

_____ Departamento: _____ Municipio: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

5. Lugar de trabajo: _____
6. Lugar y fecha de nacimiento: _____
7. Estado Civil: _____
8. Universidad: _____ Fecha de graduación: _____
9. Servicio Social: _____ (Establecimiento) _____ (Municipio)

_____ (Departamento) _____ (Fecha inicio día-mes-año) _____ (Fecha finalización día-mes-año)

10. Incorporado: Sí ☐ No ☐ Lugar: _____
(debe llenarlo únicamente si realizó estudios en el extranjero)
11. Correo electrónico: _____

ESPACIO RESERVADO PARA RESOLUCIÓN DE LA JVPM

FECHA: _____ ACTA DE SESIÓN No. _____

La Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, teniendo presente la información presentada y considerando legalidad de la documentación adjunta a la presente solicitud RESUELVE:

_____ DENEGAR _____ CONCEDER AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL. DESDE _____ HASTA _____ No. _____.

_____ DENEGAR _____ CONCEDER AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y SER INSCRITO EN EL LIBRO DE REGISTRO DE PROFESIONALES CON EL No. _____.

_____ Presidente

_____ Secretario