

**ANEXO 3**

Planilla para solicitar ingresar al Programa de Recertificación del CRAMA.

**PROGRAMA DE RECERTIFICACION  
DE LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA**

Fecha: ...../...../.....

Sr. Presidente del Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con el objeto que sea considerada mi solicitud de evaluación en el Programa de Recertificación del Título o Certificado de Especialista en .....

.....

**1 Datos de filiación**

Apellido: .....

Nombres: .....

Lugar y fecha de nacimiento: .....

Nacionalidad: ..... Edad: .....

Domicilio actual: .....

(calle)

(ciudad)

(provincia)

C.P. .... Teléfono ..... Fax: .....

e-mail: .....

Matrícula profesional: Nacional: ..... Provincial: .....

DNI - LE - CI: ..... Expedido por: .....

N° de socio AMA: .....

Para uso reservado del CRAMA

<b>EVALUACION FINAL</b>	CRAMA		<b>ESPECIALIDAD:</b>						
	Especialidad								
	Fecha: ...../...../.....	Convenio							
<b>APROBADO:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>CATEGORIA:</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>C</b>
.....	Rte de AMA	Vocal	Vocal	Secretario	Presidente				



**2 Título profesional**

Título profesional de: .....  
Otorgado por: .....  
Fecha de finalización de estudios: ...../...../.....

**3 Título o Certificación de Especialista**

Título o Certificación de Especialista en: .....  
Otorgado por: ..... Fecha: ...../...../.....  
Otorgado por: ..... Fecha: ...../...../.....  
Otorgado por: ..... Fecha: ...../...../.....

**4 Recertificación Anterior**

Lugar: ..... Fecha: ...../...../.....  
Realizada por: .....  
Categoría: .....

**5 Resumen de actividad institucional pública (últimos 5 años)**

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

**6 Resumen de actividad privada (últimos 5 años)**

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



**7** Actividad en Asociaciones, Sociedades, Colegios, Comités, Organizaciones del Equipo de Salud o Congresos *(últimos 5 años)*

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

**8** Trabajos publicados, premios, becas *(últimos 5 años)*

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

**9** Resumen de actividad docente en la especialidad *(últimos 5 años)*

Cargo: .....  
Cátedra: .....  
Universidad: .....

**10** Otro requisito según la especialidad

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

**NOTA:**

- A.- Adjuntar curriculum vitae y todo otro requerimiento exigido por la especialidad.
- B.- Certificado de aptitud psicofísica.



**11 Valoración ético-moral y técnica**

Los siguientes miembros del Equipo de Salud, de reconocida trayectoria en la especialidad, pueden ser consultados respecto de mi desempeño profesional a los fines que la AMA juzgue de interés.

(Nombre, apellido, dirección actual, teléfono, firma y sello de los miembros avalantes).

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

Dejo constancia que conozco y acepto el Programa de Recertificación de la AMA y declaro que los antecedentes que constan en la presente solicitud y en mi curriculum vitae pertenecen y son ciertos.

La presente tiene carácter de declaración jurada.

Acepto la decisión de la comisión directiva de la AMA respecto a mi Recertificación.

Sin otro particular, saludo atentamente al Sr. Presidente con toda mi consideración.

.....  
Firma del postulante

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;"><b>EVALUACION</b></p> <p style="margin: 5px 0 0 20px;">Fecha: ...../...../.....</p>	<p><b>ESPECIALIDAD:</b></p>
	<p><b>JUNTA EVALUADORA:</b></p>
<p><b>APROBADO:</b>    <b>SI</b>                    <b>NO</b></p>	<p><b>CATEGORIA:</b>    <b>5</b>    <b>4</b>    <b>3</b>    <b>2</b>    <b>1</b>    <b>C</b></p>
<p>Observaciones: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Firmas autorizadas (aclaradas)</p>	



**Requisitos Generales para la Recertificación**

- 1) El postulante deberá estar certificado en alguna especialidad reconocida por la AMA y tener más de 5 años de ejercicio en la especialidad a Recertificar.
  - 2) Llenar el formulario de inscripción del CRAMA completando todos los datos.
  - 3) Curriculum Vitae de los últimos 5 años de actividad profesional.
  - 4) Presentación ante el CRAMA del Título Universitario original y copia.
  - 5) Presentación ante el CRAMA del Título o Certificado de Especialista original y copia.
  - 6) Presentación ante el CRAMA de la copia del diploma de Recertificación si lo posee.
  - 7) Certificado de Aptitud Psicofísico para el ejercicio de la profesión expedido por otro profesional Médico.
    - 7.1) Si la especialidad a Recertificar es Psiquiatría o Psicología Médica, el certificado de aptitud psicofísica debe ser expedido por un profesional de dichas especialidades, a pedido de la Junta de Evaluación de la Especialidad.
  - 8) Presentación de cinco avales por escrito de profesionales de la especialidad a Recertificar.
  - 9) Otros datos que el postulante considere de interés.
  - 10) La Planilla debe estar escrita a máquina o en letra imprenta legible.
-