



ANEXO 3

Planilla para solicitar ingresar al Programa de Recertificación del CRAMA

Programa de Recertificación de la Asociación Médica Argentina

Fecha: _____ / _____ / _____

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

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted 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: _____

CP: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Matrícula profesional: Nacional: _____ Provincial: _____

DNI-LE-CI: _____ Nº de socio AMA: _____



PARA USO RESERVADO DEL CRAMA

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

2- TÍTULO PROFESIONAL

Título profesional de: _____

Otorgado: _____

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, COMITES, ORGANIZAIONES DEL EQUIPO DE SALUD O CONGRESOS (últimos 5 años)

8- TRABAJOS PUBLICADOS, PREMIOS, BECAS (últimos 5 años)

9- RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD (últimos 5 años)

Cargo: _____

Cátedra: _____

Universidad: _____



10- OTRO REQUISITO SEGÚN LA ESPECIALIDAD

11- VALORACIÓN ÉTICO-MORAL Y TÉCNICO

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 el CRAMA juzgue de su interés.

(Nombre, apellido, matrícula, teléfono, e-mail) No es obligatorio que sean socios AMA.

- 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 de mi Recertificación.

Sin otro particular, salido atentamente al Dr. Presidente con toda mi consideración.

Firma y sello del postulante



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.

Enviar lo siguientes archivos en un word o pdf:

- 3- Currículum vitae de los últimos 5 años de actividad profesional.
- 4- Título en Medicina, Título o Certificado de Especialista y Matrícula.
- 5- Diploma de Recertificación anterior si lo posee.
- 6- Certificado de aptitud psicofísica para el ejercicio de la profesión, expedido por otro profesional médico. 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.
- 7- Enviar los archivos a crama@ama-med.org.ar