

CERTIFICACIÓN/RECERTIFICACIÓN

REQUISITOS GENERALES:

1. El profesional postulante a la Certificación en Reumatología deberá tener al menos 1 año de especialista. Para solicitar la Recertificación en Reumatología deberá estar **certificado y tener no menos de 5 años de ejercicio en esta especialidad (la Certificación tiene una validez de 5 años, a partir de los cuales será revalidado por la Recertificación).**
2. La documentación presentada será analizada por el Comité de Evaluación para la Certificación y Recertificación (CEER) de la SAR durante los meses de Mayo y Octubre. Los responsables del CEER se pondrán en contacto con Ud. para informarle sobre los resultados, los cuales estarán sujetos ad referéndum de la CD de la SAR.
3. **Los profesionales que hayan sido certificados/recertificados por otras instituciones u otros organismos reconocidos (por ej. Colegios Médicos, etc.), y los profesionales mayores de 65 años obtendrán su Recertificación con solicitud especial**

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

1. Formulario de solicitud que se adjunta
2. Título en Medicina
3. Matrícula
4. Título o Certificado de Especialista.
5. Diploma de Recertificación anterior si lo posee.
6. Currículum vitae de los últimos 5 años de actividad profesional.
7. Certificado de aptitud psicofísica para el ejercicio de la profesión expedido por otro profesional médico
8. Certificado de Evaluación ética expedido por su distrito o provincia o Ministerio de Salud de la Nación (<https://www.argentina.gob.ar/servicio/certificado-de-etica-profesional>)

Toda la documentación requerida podrá ser enviada en formato virtual a sociedad@reumatologia.org.ar y presentar la leyenda:

“Es copia fiel del original que consta en mi poder”

**DOCUMENTACION REQUERIDA PARA PROFESIONALES
CERTIFICADOS/RECERTIFICADOS POR OTRAS ENTIDADES:**

- **Carta de solicitud a la SAR explicitando el pedido.**
- **Certificado de recertificación emitido por organismo competente de su filial**
- **Certificado de aptitud psicofísica para el ejercicio de la profesión expedido por otro profesional médico**
- **Certificado de Evaluación ética expedido por El Tribunal de Ética de la SAR (solicitarlo a sociedad@reumatologia.org.ar)**

Formulario de SOLICITUD

Sr/a. Presidente de la SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

Me dirijo a Ud. con la finalidad de solicitar sea evaluada mi actividad profesional y obtener la **Certificación/Recertificación** (tachar lo que no corresponda) de mi título de Especialista en Reumatología

Datos Personales:

Apellido:..... Nombres:.....

Nacionalidad:.....

Fecha de Nacimiento:

Domicilio actual:.....

C.P.: e-mail:.....

DNI – LE – CI: Expedido por:.....

Teléfono:

Matrícula profesional: Nacional: Provincial:

Título profesional de:

Otorgado por:

Fecha de finalización de estudio: /..... /.....

Título de Especialista en:.....

Otorgado por:.....

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

Otorgado por:.....

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

Otorgado por:.....

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

En caso de tener Recertificación anterior:

Lugar:

Fecha: / /

Realizado por:

Resumen de actividades profesionales en instituciones públicas y/o privadas en los últimos 5 años:

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

Actividad desarrollada en Sociedades y/o Congresos durante los últimos 5 años (adjuntar fotocopias de los certificados)

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

Trabajos publicados, premios, becas durante los últimos 5 años

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Resumen de la actividad docente durante los últimos 5 años (Cargo; Ámbito Hospitalario; Cátedra; Universidad)

Pregrado

.....

.....

Posgrado

.....

.....

En nuestra especialidad

.....

.....

Mi presentación tiene carácter de **declaración jurada.**

Acepto la decisión de la comisión directiva de la SAR en relación a mi trámite.

Sin más a que referirme, saludo a Ud. muy atentamente

FIRMA

FECHA DE LA PRESENTACIÓN