



*Colegio de Médicos*

DE LA PROVINCIA DE SANTA FE  
1º CIRCUNSCRIPCIÓN - LEY 3950 - (T.O.)

9 DE JULIO 2464 - 3000 SANTA FE

TEL.: (0342) 4520176

4520182/126/312

FAX: (0342)4520177

E-mail: infomed@cmsf.org.ar

Nº DE RECIBO.....

Santa Fe, .....de ..... de .....

Sres. integrantes de la Comisión de Especialidades

Del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe

1ª Circ.

Me dirijo a uds. con el fin de solicitar autorización para  
rendir el Examen de Especialidad de .....,  
habiendo finalizado mi formación como Médico Concurrente / Residente, en el .....  
....., de la Provincia de....., en el  
año..... Se adjunta la documentación pertinente.

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI:.....

TELÉFONO:.....

MAIL:.....