



SOLICITUD DE INGRESO

Fecha

St. Decano.....

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitarle mi ingreso al Colegio Argentino de Neurocirujanos.

Declaro conocer las exigencias de formación científica y técnica requeridas y los exámenes a los que sere sometido según los reglamentos del CANC

Me comprometo a observar y promover los principios éticos, científicos y técnicos que sustentan sus miembros y que constituyen la base fundacional y el motivo de existencia del Colegio Argentino de Neurocirujanos.

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en la presente y los antecedentes que se adjuntan son verdaderos.

APELLIDO Y NOMBRES.....

MATRICULA NACIONAL N°PROVINCIAL.....

DOMICILIO

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....

CODIGO POSTAL.....TELEFONO.....FAX.....

CORREO ELECTRONICO.....

GRADUADO EN... ..FECHA

FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD NEUROQUIRURGICA.....

ACTIVIDAD ACTUAL.....

Declaro que he desarrollado mi formación regular en neurocirugía en los siguientes Centros Neuroquirurgicos:

1.....
desdehasta.....Jefe de Servicio.....

2.....
desdehasta.....Jefe de Servicio.....

3.....
desdehasta.....Jefe de Servicio.....

en calidad de Residente Becario Concurrente (tachar lo que no corresponda)

Declaro que durante mi formación he participado en un total de.....cirugias, habiéndome desempeñado como Cirujano en y en..... como Ayudante.

Firma.....

Aclaración.....

DNI