

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN AL CCP DE AAPI



Buenos Aires, ___ de ____ de 2020

Al Comité de Certificación de AAPI:

Por la presente solicito la Certificación como Médico Especialista en Psiquiatría Infantojuvenil.

Asimismo, manifiesto con carácter de declaración jurada que la información y datos contenidos en el CV anexado a la presente son ciertos y completos, y que no poseo ningún antecedente o restricción incompatible con el ejercicio de la medicina ni de la especialización cuya certificación se solicita

Dr. / Dra. _____

DNI _____

MN/MP _____

Asimismo, declaro la veracidad de los datos anexados en el CV.

Firma _____

Aclaración _____