

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN AL CCP DE AAPI



Buenos Aires, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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 anexo 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 \_\_\_\_\_