



**Gobierno de Mendoza**  
**Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes**

**DECLARACIÓN JURADA**

De antecedentes y certificaciones para el otorgamiento de Especialidades,  
Subespecialidades, Habilitaciones o Recertificaciones

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_

MATRÍCULA N°: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

TITULO: \_\_\_\_\_

EXPEDIDO POR: \_\_\_\_\_

INDIQUE SI REGISTRA INSCRIPCIÓN ANTERIOR:

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ SUBESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD SOLICITADA: \_\_\_\_\_

SUBESPECIALIDAD SOLICITADA: \_\_\_\_\_

HABILITACIÓN DE ESPECIALIDAD SOLICITADA:

RECERTIFICACION SOLICITADA

Declaro conocer la ley 2636/59 y sus Decretos Reglamentarios 2806/00 y 377/06 para el otorgamiento de las  
Especialidades Médicas, Sub-Especialidades y/o Habilitaciones.

**FIRMA DEL PROFESIONAL**



**Gobierno de Mendoza  
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes**

**DECLARACIÓN JURADA**

De antecedentes y certificaciones para el otorgamiento de Especialidades,  
Subespecialidades y/o Habilitaciones de Especialidad

**ANTECEDENTES Y DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA**

• **RESIDENCIAS**

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

OTORGADA POR: \_\_\_\_\_

DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      HASTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• **CONCURRENCIAS**

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

CERTIFICADA POR: \_\_\_\_\_

DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      HASTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• **ANTIGÜEDAD EN LA PRÁCTICA DE LA ESPECIALIDAD**

CERTIFICADA POR: \_\_\_\_\_

DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      HASTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CERTIFICADA POR: \_\_\_\_\_

DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      HASTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CERTIFICADA POR: \_\_\_\_\_

DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      HASTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• **AVAL DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA**

OTORGADO POR: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROFESIONAL**



**Gobierno de Mendoza**  
**Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes**

**DECLARACIÓN JURADA**

De antecedentes y certificaciones para el otorgamiento de Especialidades,  
Subespecialidades y/o Habilitaciones de Especialidad

• **TRABAJOS CIENTÍFICOS**

TÍTULO: \_\_\_\_\_

PUBLICADO EN / AVALADO POR: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

PUBLICADO EN / AVALADO POR: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

PUBLICADO EN / AVALADO POR: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

PUBLICADO EN / AVALADO POR: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

PUBLICADO EN / AVALADO POR: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

PUBLICADO EN / AVALADO POR: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROFESIONAL**



**Gobierno de Mendoza  
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes**

**DECLARACIÓN JURADA**

De antecedentes y certificaciones para el otorgamiento de Especialidades,  
Subespecialidades y/o Habilitaciones de Especialidad

- **CURSOS, CURSILLOS, PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN, JORNADAS, SEMINARIOS, CONGRESOS DE ESPECIALIZACIÓN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROFESIONAL**