

SOLICITUD DE ESPECIALIDAD

(localidad) _____, ____/____/____

**Colegio de Obstétricas de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito –
Comisión de Especialidades
S/D**

Por la presente, solicito se me reconozca el uso del Título de Especialista en:

Adjunto C.V. el que consta de _____ folios de acuerdo a lo normado en el respectivo Reglamento.

Requisitos

- Reconozco haber leído y entendido el Reglamento de Especialidades.
- Acepto Abonar el inicio del trámite ⁽¹⁾ al presentar el presente pedido.
- Declaro estar al día con la cuota anual de colegiación.
- Acuerdo que, de no reunir los requisitos pautados según Reglamento, no percibiré reintegro alguno de lo abonado.
- Acuerdo que, contra entrega del Certificado de Especialidad, abonaré la finalización del Trámite ⁽¹⁾

⁽¹⁾ según resolución vigente.

FIRMA

ACLARACIÓN: _____

Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: _____ MP: _____

Domicilio Real: Calle _____ Nº _____

Localidad _____ Código Postal _____

T.E. _____ E-mail _____
