



Consejo Nacional de Recertificación Médica

CONAREM

(LEYES 68-05, 42-01, 87-01, 6097-62 Y 139-01)
Decreto 642-05, Capítulo II, Art.9
Junta Directiva Nacional
2013-2015



SOLICITUD DE REGISTRO Médicos Generales & Especialistas

DATOS PERSONALES

Apellidos

Nombres

Cedula Pasaporte

Exequátur No. de Colegiación

No. de PLAMEJUR Nacionalidad: Dominicano (a)

Otra: _____ Fecha de Nac. Edad _____

Lugar de Nac. _____

Estado: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Libre

Sexo: Fem. Mas.

Dirección Actual _____

Provincia _____ Municipio _____

Edif. _____ Apart _____

Sector _____ Teléfono _____

Celular _____ Trabajo _____

Email _____



“Por la Institucionalidad, Defensa De l@s Médic@s y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom.
Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 Mail. presidencia@cmd.org.do

RNC- 4-010725-2



Consejo Nacional de Recertificación Médica

CONAREM

Datos Curriculares



Universidad _____ Estudio de Grado _____

Post-Grado _____ Maestría _____

Doctorado _____ PHD _____

Institución en la cual Labora

MSP IDSS FFAA Otros _____



Especifique lugar de Trabajo _____

TOMAR EN CUENTA

Al momento de depositar las documentaciones de traer lo siguiente:

1. Original y Copia de la Legalización de los Títulos: **Grado** (Medicina) y **Post-grado** (Especialidad).-
2. Original y Copia del Exequátur.-
3. Original y Copia de la Cedula.-
4. Carta actualizada de la Membresía del CMD (no más de 30 días).-
5. Carta actualizada de la sociedad Médica a la cual pertenece (no más de 30 días).-
6. Dos fotos 2 x 2 (fondo blanco, sin lentes, y de frente que se observen las orejas).-

COSTO	Médicos Generales Formados en el País.- RD\$500.00	Médicos Especialista Formados en el País.- RD\$1,000.00
	Médicos Generales Formados en el Extranjero.- RD\$1,500.00	Médicos Especialista Formados en el Extranjero.- RD\$3,000.00



Firmo este documento dando mis datos personales y profesionales, autorizando a verificar, con el propósito de **Presentar mis credenciales para el Registro Inicial del Proceso de Recertificación ante el CONAREM.**

Firma del Solicitante

Fecha

NO LLENAR ESTE ESPACIO

No. de Registro Inicial del Proceso de Recertificación: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____



“Por la Institucionalidad, Defensa De l@s Médic@s y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom.

Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 Mail. presidencia@cmd.org.do

RNC- 4-010725-2