

Alta       Modificación       Baja       Fecha:      /      /  
Lugar: \_\_\_\_\_

## Datos personales del médico:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F       Fecha de nac.:      /      /      Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
D.N.I. / LE / L.C.: \_\_\_\_\_      Estado civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio particular: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Título: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso:      /      /  
Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso:      /      /  
Seguro Mala Praxis:    SI  NO       Compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

## Datos contables

Alta       Modificación       Baja

N° de CUIT: \_\_\_\_\_  
Condición IVA: \_\_\_\_\_ N° ingresos brutos: \_\_\_\_\_  
Impuesto a las ganancias: \_\_\_\_\_  
Jubilatorios: \_\_\_\_\_

## Datos consultorio

Especialidad: \_\_\_\_\_  
Otras especialidades: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

| Horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|----------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Desde    |       |        |           |        |         |        |
| Hasta    |       |        |           |        |         |        |

**Informe de estado de situación ante el Ministerio de Salud de la Provincia**

Part time

Full time

Nunca he tenido relación laboral

**Informe de estado de situación laboral en otras instituciones**

Provincial  \_\_\_\_\_

Nacional  \_\_\_\_\_

Ministerio de Educación  \_\_\_\_\_

**Aparatología propia**

Especificaciones técnicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que los datos consignados en el presente, son correctos y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Asimismo me comprometo a notificar modificación de datos dentro de las 72hs.

\_\_\_\_\_

Firma del profesional

**Aprobación** SI  NO

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello