



Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

FACULTAD DE MEDICINA

DECANATO

228

AÑOS

"UNIDAD ACADEMICA ACREDITADA AL SISTEMA DEL MERCOSUR EDUCATIVO"

FORMULARIO DE SOLICITUD RECONOCIMIENTO Y CERTIFICACIÓN DE ANTIGÜEDAD EN LA TITULACIÓN Y EJERCICIO PROFESIONAL

DATOS DEL SOLICITANTE:

Campo	Información
Nombres y Apellidos completos	_____
Cédula de Identidad	Nº _____ Expedido en _____
Fecha de nacimiento	___ / ___ / ___
Fecha de titulación	___ / ___ / ___
Nº de Matricula Profesional	_____
Domicilio actual	_____
Teléfono / Celular	_____
Correo electrónico	_____

CATEGORÍA SOLICITADA

- ☐ 25 AÑOS - PLATA
☐ 50 AÑOS - ORO
☐ 75 AÑOS - DIAMANTE



Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

FACULTAD DE MEDICINA

DECANATO

228
AÑOS

"UNIDAD ACADEMICA ACREDITADA AL SISTEMA DEL MERCOSUR EDUCATIVO"

DOCUMENTOS ADJUNTOS

Marque con una X los documentos que presenta:

- ☐ Solicitud formal dirigida al Director de la Carrera de Medicina
- ☐ Fotocopia del Título Académico o Título en Provisión Nacional de Médico Cirujano o equivalente
- ☐ Fotocopia de Cédula de Identidad vigente
- ☐ Dos fotografías fondo rojo 4 x4 cm.
- ☐ Comprobante de pago por derecho de certificación de Bs. 100.-
- ☐ Comprobante del llenado del sistema de seguimiento a titulados.

DECLARACIÓN

Yo, el abajo firmante, declaro bajo juramento que toda la información y documentación presentada es veraz y cumple con los requisitos establecidos en la **Normativa para el Reconocimiento y Certificación de Antigüedad en la Titulación y Ejercicio Profesional** de la Carrera de Medicina. Acepto las condiciones para la obtención del reconocimiento y la colocación de la placa recordatoria si corresponde.

En caso de ser aprobado, solicito:

- ☐ Autorización para colocar mi nombre en la placa recordatoria en la Facultad de Medicina
- ☐ No deseo colocar mi nombre en la placa recordatoria

Firma del solicitante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

PARA USO DE LA INSTITUCIÓN

Recibido por:	Fecha:
_____	____ / ____ / ____

Revisado por el Director / Comité de Reconocimiento:	Dictamen:
_____	☐ Favorable ☐ Desfavorable