



COLEGIO DE MÉDICOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS

ARTICULO 16 Solicitud

Apellidos: _____

Nombres: _____

Cedula de Identidad: _____ Inscripción Colegio N° _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Dirección de Habitación: _____

Números Telefónicos: _____ / _____

Universidad donde se le otorgó el título de médico: _____

_____ Fecha: ____ / ____ / ____

Título conferido: _____

Trabaja Ud. en ejercicio privado: SI () NO () Número de horas: _____

Trabaja Ud. en área rural: SI () NO () Lugar: _____

Trabaja Ud. para un Instituto: Publico () Privado () _____

Con remuneración por esa Institución: SI () NO ()

Horas de contratación, Diaria: _____ Semanal: _____

Horario por contrato diario, De: _____ A: _____

Guardias cada: _____ días. De: _____ A: _____

Acumula horas para las guardias: SI () NO () Número: _____ Horas

Nombre del organismo empleador: _____

Dirección del organismo empleador: _____

Tipo de actividades que se desempeñan en el Instituto: _____

Motivo por el cual solicita la constancia: _____

La presente solicitud es firmada bajo juramento de que lo expuesto es únicamente la verdad, aceptando que la falsedad de los datos originará sanciones disciplinarias.

Nota: Anexar copia de la solvencia

Caracas; ____ de ____ de ____

Firma: _____

C.I.N° _____