



SOLICITUD DE INGRESO **MIEMBRO TITULAR**

Para ingresar a la **Sociedad Argentina de Cirugía Torácica** se requiere:

- 1. Tener 1 año como Miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica
- 2. Presentar un Currículum Vitae actualizado, fotocopia del título de Médico, planilla con datos personales y presentación de 4 (cuatro) avales de Especialistas en Cirugía Torácica
- 3. Título de Especialista otorgado por la Asociación Argentina de Cirugía y Sociedad Argentina de Cirugía Torácica; por Universidades, Colegios Médicos u otras Entidades especialmente habilitadas.
- 4. Planilla con la actividad quirúrgica del último año
- 5. Arancel de inscripción \$ 100

Esta documentación debe entregarse o remitirse a la Secretaria de la Asociación Argentina de Cirugía.

M. T de Alvear 2415 – 1122 Ciudad de Buenos Aires

Señor Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica

S. / D.-

Me dirijo a Ud., con el objeto de que sea considerada mi solicitud de admisión como **MIEMBRO TITULAR**.

Dejo constancia expresa que conozco y acepto el Estatuto y el Código de Ética de la Asociación Argentina de Cirugía, declaro que los antecedentes que acompaño me pertenecen y son ciertos. Asimismo, me comprometo bajo palabra de honor a respetar y hacer respetar el fiel cumplimiento del “Juramento del Cirujano” que esta Institución ha establecido y la declaración sobre dicotomía que figuran al pie de esta solicitud.

FILIACIÓN:

Apellido:.....Nombres:

Lugar y Fecha de Nacimiento:.....

Dirección:.....Código Postal:.....

Domicilio Profesional:..... C.U.I.T.....

Ciudad:.....Provincia:.....País.....

Tel. particular:..... Tel. consultorio:.....

Celular:.....Fax:.....e-mail.....

Matrícula Profesional: Nacional N°:.....

Provincial N°:

D.N.I. N°:..... C.I. N°:.....

- Acepto que mis datos personales puedan ser incorporados a la base de datos de Internet: Sí No (marcar lo que corresponda)

TITULOS

Fecha de egreso:..... Facultad:.....

Universidad:.....

Promedio de Notas:.....

Otros Títulos Universitarios:.....

1.- Actividad quirúrgica pública:

Cargo:..... Servicio:..... Hospital:.....
Desde:..... hasta:.....

2.- Actividad quirúrgica privada:

Cargo:..... Servicio:..... Institución:.....
ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA en la cual realiza su actividad:.....
MIEMBRO TITULAR DE SOCIEDADES QUIRÚRGICAS:

Sociedad	Fecha de Admisión
.....
.....
.....
.....
.....

ACTIVIDAD DOCENTE EN CIRUGÍA

Cargo hasta	Cátedra	Facultad	Universidad	desde
.....
.....
.....
.....

CERTIFICACIÓN ÉTICO MORAL

Los siguientes profesionales, cirujanos de reconocida actuación en nuestro país, pueden ser consultados respecto de mi persona a los fines que la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica juzgue de su interés.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

Juramento del Cirujano

“Inspirado en el contenido del juramento hipocrático, en las normas morales impuestas por las leyes de mi patria y en el juramento prestado al recibir mi diploma de médico; consciente de los deberes específicos de los cirujanos por las circunstancias siempre dramáticas de su actuación entre las familias angustiadas y ante el paciente que se entregará dormido a la seguridad de mi mano y a la responsabilidad de mi sentido moral.

“Juro solemnemente ser siempre digno de esta hermandad y cumplir con todas las normas impuestas en sus “objetivos” concretos de sentido ético y profesional cuyo texto conozco. Para cumplirlas me comprometo además a perfeccionar mis conocimientos y mi técnica, a respetar la moral de las familias y los pacientes, a no explotar el dolor de la enfermedad, a no hacer un comercio de mi ciencia y ser siempre leal a mis colegas”.

FIRMA:.....

ACTIVIDAD QUIRURGICA

Desarrollada por el doctor.....

Desde el 1º de enero de 200..... al 31 de diciembre de 200..... (como cirujano o ayudante)

Nº	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante ⁽¹⁾	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Nº	Fecha	Diagnóstico	Op. Practicada	Cirujano	Ayudante ⁽¹⁾	Hospital, Sanatorio, mutual, etc. donde se realizó la intervención
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

⁽¹⁾ Si actuó como ayudante, mencionar el nombre del cirujano

* Marcar con una cruz lo que corresponda

Certificado por
(Firma del Jefe de Servicio o Director del Establecimiento)