

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

## INSTITUTO NACIONAL DE ABLACIÓN Y TRASPLANTE - I N A T

### A6. SOLICITUD DE REGISTRO DE PROFESIONALES

LEY NO. 1246/98 - ART. 3°

#### DATOS PERSONALES

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

C.I. N°: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Telf.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ E. Civil: \_\_\_\_\_

#### DATOS PROFESIONALES

Dirección: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Reg. Prof. No.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_ RM: \_\_\_\_\_ E - mail: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Título Profesional: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Especialización: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

#### ASOCIACIONES PROFESIONALES A QUE PERTENECE

Nombre: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

#### CENTRO HOSPITALARIO DONDE REALIZA LA ABLACIÓN Y EL TRASPLANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Registro INAT No.: \_\_\_\_\_

Director \_\_\_\_\_ Reg. Prof. N° : \_\_\_\_\_

Solicitud No. \_\_\_\_\_ Fecha de Recepción. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del solicitante

Registro INAT N° \_\_\_\_\_

Fecha de Recepción \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
I N A T

INAT – Capitan Lombardo c/ Sacramento

Telf. (595 21) 286337 E-mail: [inatpy@gmail.com](mailto:inatpy@gmail.com)