

SOLICITUD DE REGISTRO DE MÉDICO Y CIRUJANO
Registro Nacional de las Personas -RENAP-
Registro Civil de las Personas

Fecha: ____/____/____

Respetuosamente solicito al Registrador Civil de las Personas realizar Registro de Médico y Cirujano de conformidad a los siguientes datos:

1. DATOS DEL MÉDICO Y CIRUJANO:

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de origen: _____

Número de documento de identificación: _____ DPI

Cédula de Vecindad y Constancia

Pasaporte

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

2. DATOS DEL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO:

Universidad que extiende el título: _____

Fecha en que se extendió el título: _____

Lugar en que se extendió el título: _____

Número de registro del título de la Universidad que lo extiende: _____

Número de colegiado: _____

Número de registro del título de la Contraloría General de Cuentas: _____

Declaro que la información consignada en la presente solicitud de Registro de Médico y Cirujano es verídica y correcta a la fecha de hoy. Entiendo y acepto que el Registro Nacional de las Personas -RENAP- NO es responsable de información errónea, incongruente y/o inconsistente proporcionada por el compareciente de manera directa o indirecta que pueda inducir a error en el registro solicitado.

F. _____
Médico y Cirujano

Sello de Médico y Cirujano

REQUISITOS DE REGISTRO DE MÉDICO Y CIRUJANO

1. Documento Personal de Identificación -DPI- del profesional a inscribir;
2. Original y fotocopia de Título con sus respectivos sellos (Superintendencia de Administración Tributaria, Contraloría General de Cuentas, Dirección Integral de Atención en Salud, Universidad y Colegio de Médicos con su número de colegiado);
3. Timbre fiscal de Q0.50;
4. Sello profesional.