

La Plata, / /

Solicitud de Cambio de Categoría

Por la presente solicito mi inscripción dentro de la categoría indicada.

Inscripción Solicitada:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | DIFERENCIADO BÁSICO |
| <input type="checkbox"/> | DIFERENCIADO B |
| <input type="checkbox"/> | DIFERENCIADO C |
| <input type="checkbox"/> | LIBRE ** |

Apellido y Nombre:

Matrícula Provincial:

Año de ingreso a AMP:

Fecha de expedición de título médico:

Cantidad de años en la categoría anterior:

Título de especialista en:

Fecha de expedición de título de especialista:

Fecha de expedición de jerarquizado:

Fecha de consultor:

.....

Firma

****Observaciones:**

En los casos que el pase de categoría sea a LIBRE, se recuerda que el valor de la cuota social se duplicará y se suspenderán todos los descuentos de cuotas de otras entidades que pudiera tener por medio de esta Agremiación.

Para uso interno de AMP

RESOLUCIÓN: FIRMA:

APROBADO POR: ACLARACIÓN: