

La Plata, ..... / ..... / .....

## Solicitud de Cambio de Categoría

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

Inscripción Solicitada:

- DIFERENCIADO BÁSICO
- DIFERENCIADO B
- DIFERENCIADO C
- 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: .....