



# Consejo de Certificación y Recertificación de Especialidades Médicas – CCREM

CONSEJO DE CERTIFICACION  
Y RECERTIFICACION  
DE ESPECIALIDADES MEDICAS

*Facultad de Medicina. Colegio Médico de Tucumán. Circulo Medico del Sur. Sistema Provincial de Salud.*

San Miguel de Tucumán,

A l Presidente del CCREM

Presente

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar la aceptación para la inscripción en la **Recertificación** de la Especialidad

.....

Dejo constancia expresa que conozco y acepto el programa de Certificación y Recertificación de Especialidades Médicas para la inscripción.

Declaro que los antecedentes que adjunto me pertenecen y son ciertos.

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.