



FORMULARIO DE REGISTRO PROFESIONAL PARA LA ADQUISICIÓN DE TALONARIOS DE LICENCIAS MÉDICAS

N° REG. COMPIN _____ /

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
RUT	NACIONALIDAD		N° PASAPORTE (para los extranjeros)			
TELEFONO PARTICULAR	CELULAR		CORREO ELECTRONICO			
DOMICILIO PARTICULAR			COMUNA			
PROFESION	ESPECIALIDAD		Reconocida por		N° REGISTRO COLEGIO	N° REGISTRO CONACEM

ANTECEDENTES LABORALES

AREA PRIVADA			
NOMBRE CONSULTA			
CALLE	N°	VILLA / POBLACION	COMUNA
TELEFONO	FAX		CORREO ELECTRONICO
NOMBRE CONSULTA			
CALLE	N°	VILLA / POBLACION	COMUNA
TELEFONO	FAX		CORREO ELECTRONICO

AREA PUBLICA			
NOMBRE INSTITUCION PUBLICA		SERVICIO EN EL QUE SE DESEMPEÑA	
CALLE	N°	VILLA / POBLACION	COMUNA
TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	

FIRMA	

DOCUMENTACION ADJUNTA

	FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD
	FOTOCOPIA PROTOCOLIZADA DE CERTIFICADO DE TITULO PROFESIONAL
	FOTOCOPIA PROTOCOLIZADA DE CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD RECONOCIDA POR UNIVERSIDAD O CONACEM
	FOTOCOPIA PROTOCOLIZADA CERTIFICADO DE TÍTULO EN UNIVERSIDAD EXTRANJERA (en el caso que corresponda)
	CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE TITULO PROFESIONAL QUE AUTORIZA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN CHILE (en los casos que corresponda)
	CERTIFICADO EXAMEN ÚNICO NACIONAL