



SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL POR MISION, EN REFERENCIAS A LA RES. NRO. 467/2018

| DOCUMENTOS DE LA MISION | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|----------|----------|---------|
| ORGANIZACION | CARACTER | NOMBRE | | | |
| | OFICIAL NO GUBERNAMENTAL MIXTO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| DIRECCION | | TEL-FAX | | | |
| CIUDAD | | DPTO. | | | |
| RESPONSABLES EN PARAGUAY | | NOMBRE | APELLIDO | DOC.TIPO | DOC.Nro |
| RESPONSABLE DE LA ORGANIZACION | | | | | |
| RESPONSABLE TECNICO DE LA MISION | | | | | |
| ACTIVIDADES | | | | | |
| CONVENIO MARCO | | | | | |
| FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN | CIUDAD | LUGAR | DPTO. | |
| | | | | | |

| DOCUMENTOS PARTICULARES Y PROFESIONALES DE LOS INTEGRANTES | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|---------|-----------|------------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRE | APELLIDO | DOC.TIPO | DOC.PAIS | DOC.Nro | PROFESION | HABILITACION PROFESIONAL Nro | INSTITUCION DE REGULACION PROFESIONAL |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Res. NRO. 467/18 Por la cual se establecen los requisitos para otorgar autorización temporal a profesionales en ciencias de la salud con títulos y/o certificados obtenidos en el extranjero.

Para el efecto, se exigirán los siguientes requisitos:

- * Constancia de invitación al evento
- * Fotocopia autenticada del D.N.I o Pasaporte del profesional o profesionales invitado/s
- * Constancia de antecedentes profesionales del colegio respectivo, del Ministerio de Salud o de otra Institución del país del invitado, que regule el ejercicio de la profesión