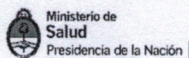


SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



Registro Nacional de Prestadores

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES

1. Completar el formulario de Solicitud de Inscripción/Reinscripción.
2. Título original y fotocopia simple doble faz con legalizaciones de los Ministerios de Educación e Interior de la Nación.
3. En caso de poseer especialidad, presentar original y fotocopia simple del certificado de especialidad o título universitario de especialista inscripto en salud pública o ante la autoridad jurisdiccional competente (Colegio, Consejo, Ministerio de Salud, etc.)
4. Original y fotocopia de las dos primeras hojas de:
 - D.N.I. ó
 - L.C. ó
 - L.E. ó
 - C.I. MERCOSUR
5. Original y fotocopia doble faz de matrícula profesional nacional, provincial o ambas matriculas, según el ámbito de actuación profesional.
6. Fotocopia simple del CUIT o CUIL.
7. Deberá presentar certificado de Ética Profesional por cada matrícula (del que surja que no presenta inhabilitaciones ni sanciones disciplinarias) otorgado por la autoridad jurisdiccional competente (Colegio, Consejo, Ministerio de Salud, etc.) el cual tiene un **plazo de vencimiento de 30 días desde su emisión.**

REINSCRIPCIÓN

La reinscripción se realizara únicamente al vencimiento del certificado de Ética Profesional, y sólo se renuevan los certificados con vencimiento posterior al año 2005. Los certificados que hayan vencido con anterioridad deberán presentar la documentación para una nueva inscripción.

1. Formulario de solicitud de Inscripción/reinscripción.
2. Certificado vencido original emitido por este Organismo. (En caso de no poseer dicho certificado deberá presentar una denuncia policial por extravío del mismo).
3. Deberá presentar certificado de Ética Profesional por cada matrícula (del que surja que no presenta inhabilitaciones ni sanciones disciplinarias) otorgado por la autoridad jurisdiccional competente (Colegio, Consejo, Ministerio de Salud, etc.) el cual tiene un **plazo de vencimiento de 30 días desde su emisión.**
4. En caso de poseer especialidad en el certificado que desea renovar, deberá presentar original y fotocopia simple del certificado de especialidad o título universitario de especialista inscripto en salud pública o ante la autoridad jurisdiccional competente (Colegio, Consejo, Ministerio de Salud, etc.), o deberá constar en el Certificado de Ética la especialidad correspondiente.

SR. PROFESIONAL:

La documentación deberá presentarse en Avenida Roque Saenz Peña 530, Planta Baja, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de lunes a viernes, de 10.00 a 13.00 hs. y de 13.30 a 15.00 hs. También podrá ser remitida por correo postal. Los Certificados de Profesionales realizados en el horario de 10 a 13 horas, se retiran en el mismo día de 15:30 a 16:00 horas.

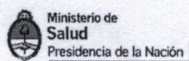
Los Certificados tramitados en el horario de 13.30 a 15.00 horas se retiran al día siguiente, o dentro de los 7 días corridos dentro del horario de atención. En caso de que no pueda concurrir personalmente dentro de los 7 días, el certificado será enviado por correo (carta certificada con aviso de entrega, al domicilio consignado por el profesional).

Cualquier persona podrá gestionar la tramitación del certificado y retirar el mismo, en los horarios indicados, con autorización por escrito en original suscrita por el profesional, en la que se consigne apellido, nombre y D.N.I. del autorizado.

SOLO SE CONSIDERARAN VÁLIDAS LAS AUTENTICACIONES POR:

- Escribano Público
- Testimonio expedido por el Organismo que emitió el documento

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

Fecha / /

Registro Nacional de Prestadores

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN PARA PROFESIONALES

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN	<input type="checkbox"/> REINSCRIPCIÓN	Nº de certificado anterior	<input type="text"/>
--------------------------------------	--	----------------------------	----------------------

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s _____ Nombre/s _____

Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

MATRÍCULA

Nacional Nº _____ Provincial Nº _____ Provincia _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

Cualquier persona podrá gestionar la tramitación del certificado y retirar el mismo -en los horarios indicados-, con autorización por escrito en original suscripta por el profesional, en la que se consigne apellido, nombre y D.N.I. del autorizado.

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
