



**FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CENSO MÉDICO**



**PLANILLA DE REGISTRO
(LLENAR CON LETRA DE MOLDE)**

DATOS PERSONALES	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
	CÉDULA: V - E No.-	SEXO F o M	EDO. CIVIL: S , C , D , V , O	Fecha Nac.:
	Dirección Hab.:		Estado:	Municipio:
			Parroquia:	
	Celular:	Teléfono Hab.:	Matrícula M.S.D.S.:	
Colegio de Médico	# de Inscripción Colegio de Médico:	Seccional:		
FORMACIÓN PROFESIONAL	Universidad donde obtuvo Título de Médico Cirujano:			Fecha :
	Rural: - Cursando Fecha Inicio: Fecha Culminación: - Concluido	Internado: Cursando Fecha Inicio: Fecha Culminación: Concluido	Residencia Asistencial Cursando Fecha Inicio: Fecha Culminación: Concluido	RESIDENCIA DE POST GRADO Universitaria No Universitaria Cursando Fecha Inicio: Fecha Culminación: Concluido
	Especialidad(es) Médica(s):			
	Titulo de Especialista Otorgado por la Universidad::			
	Especialidad Reconocida por el Colegio de Médicos del Edo.			
	Cursos de Post Grado Realizado en el Exterior: Especifique			
	Reconocido por FMV: : Si No			
	Otros cursos: Si No Indicar:			
	Maestría: Si No Indicar:			
	Doctorado: Si No : ¿Cuál?			
ACTIVIDAD DOCENTE	Profesor Si No Activo Jubilado	¿CUÁL? Universidad: Instituto: - Contratado - Ordinario - Colaborador	Cargo: Becario Docente T. Convencional Medio Tiempo Tiempo Completo Dedicación Exclusiva	Categoría: Instructor Asistente Asociado Titular
	HA REALIZADO Ud., ACTIVIDAD GREMIAL Si No			
ACTIVIDAD GREMIAL	Señale con una X:			
	-Junta Directiva del C. de Médicos	-Comité Ejecutivo FMV		
	-Tribunal Disc. Colegio de Médicos	-Tribunal Disc. FMV		
	-Comisión Elect. Col. de Médicos	-Comisión Electoral FMV		
	-Delegado Gremial Centros Asistenciales	-Delegado a la Asamblea FMV		
	-Comisiones Colegio de Médicos	-Delegado al Consejo Nacional FMV		
-Otras Especifique:	-Comisiones FMV			

		ACTIVO FIJO ACTIVO CONTRATADO				
EJERCICIO PROFESIONAL	Dependencia para la cual labora: <u>Nombre del Centro</u>	Fecha de Ingreso:	Antigüedad y grado /Escala-fón	Categoría de Cargo	Horas Contratadas	
	IVSS					
	MSDS					
	IPASME					
	GOBERNACIÓN					
	ALCALDÍAS					
	OTROS EMPLEADORES					
	JUBILADO					
	Dependencia para la cual laboró: <u>Nombre del Centro</u>	Fecha de Jubilación	Antigüedad y grado /Escala-fón	Categoría de Cargo	Horas Contratadas	
	IVSS					
MSDS						
IPASME						
GOBERNACIÓN						
ALCALDÍAS						
OTROS EMPLEADORES						
DESEMPLEADO						
Que actividad realiza:						
PRIVADO						
Dirección Sitio Trabajo:				Nombre Clínica:		
Teléfono:				Pág. Web:		
OTRAS ACTIVIDADES	Otras Actividades Señale:					
	Culturales o Deportivas. Señale:					
DATOS SOCIO/FAMILIAR	Familiares dependientes del médico: Nro.					
	Vivienda: Propia Alquilada Otros					
	Posee Vehículo Si No					
	Tiene Seguro HCM? PASFMV Otros					
Esta información es confidencial y su uso será con fines estadísticos y Base de Datos para Planes de Bienestar Social						
_____				Email: _____		
FIRMA				FECHA. ____/____/____		

Nota: Cada elemento nuevo del currículum vitae debe actualizarse llenando la Planilla de Actualización de Registro Médico de la F.M.V. la cual pueden encontrar en los Colegios de Médico de su región y en la página web www.saludfmv.org.