



REQUISITOS PARA LA INSCRIPCION DE EGRESADOS EN LAB. CLIN.

1. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD (SIN RECORTAR)
2. FOTOCOPIA DE PARTIDA DE NACIMIENTO (RECIENTE POR LO MENOS 6 MESES)
3. PAGO DE DERECHOS POR INSCRIPCION \$6.28
4. 3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO CEDULA (BLANCO Y NEGRO, TRAJE FORMAL, DE TIEMPO)
5. CARTA DE EGRESO
6. LLENAR LOS FORMULARIOS ADJUNTOS CORRESPONDIENTES A DATOS PERSONALES SOLICITUD Y AUTORIZACION DE SELLOS DE IDENTIFICACION PROFESIONAL.

Junta de Vigilancia de la Profesi3n en Laboratorio Cl3nico
Inicio Paseo General Escal3n #3551 – San Salvador – El Salvador
Pbx.: (503) 2121-2525 / Fax.: (503) 2121-2535

www.cssp.gob.sv

Correo electr3nico Asistente administrativa: mcampos@cssp.gob.sv

Datos Personales del profesional

Registro No. _____

1. **Nombre completo:** _____
2. **Nacionalidad:** _____
3. **Dirección particular:** _____
_____ **Tel.** _____
4. **Trabajo Actual:** _____
5. **Dirección trabajo actual:** _____
_____ **Tel.** _____
7. **Número de Documento Único de Identidad :** _____
8. **Fecha de Nacimiento :** _____ **Lugar :** _____
9. **Estado Civil :** _____ **correo electrónico:** _____
10. **Egresado en La Universidad de :** _____
11. **Profesión:** _____
12. **Fecha de Graduación:** _____
13. **Fecha de Incorporación:** _____
14. **Referencias personales, nombre de dos profesionales en Laboratorio Clínico , con su respectivo número de Inscripción en esta Junta.**

T.M. ó LIC . _____ **No.** _____
T.M ó LIC . _____ **No.** _____

San Salvador, _____ de _____ de _____

PRESIDENTE

SECRETARIO

(COMPLETAR ESTA SOLICITUD A MAQUINA)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA

PROFESION EN LABORATORIO CLINICO

PRESENTE.-

YO, _____, MAYOR
DE EDAD, CON NUMERO DE DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD
_____,

EGRESADO (a) EN LABORATORIO CLINICO, A USTEDES ATENTAMENTE SOLICITO SER
INSCRITO EN EL REGISTRO DE ESTUDIANTES EGRESADOS APTOS PARA EL SERVICIO
SOCIAL CORRESPONDIENTE, CONFORME DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES DE LA
LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA Y DE LAS JUNTAS DE VIGILANCIA DE
LAS PROFESIONES DE SALUD, PARA LO CUAL ACOMPAÑA LOS DOCUMENTOS QUE ESE
ORGANISMO REQUIERE.

SAN SALVADOR, _____ DE _____ DE _____

F: _____

(SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SELLO DE IDENTIDAD PERSONAL)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA

PROFESION EN LABORATORIO CLINICO

PRESENTE.-

**YO , _____ MAYOR DE
EDAD, CON NUMERO DE DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD _____
EXPEDIDO EN _____, CON NUMERO PROVISIONAL
DE JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION EN LABORATORIO CLINICO _____ ,
CON EL FIN DE DARLE CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 313 Y 314 DEL CODIGO DE
SALUD SOLICITO SE ME AUTORICE LA ELABORACION DE UNO O DOS SELLOS DE
IDENTIFICACION PROFESIONAL , LOS CUALES SERAN ELABORADOS POR LA FABRICA
DE SELLOS DE HULE _____**

(Nombre y Direcciòn de la imprenta)

SAN SALVADOR, _____ DE _____ DE _____

F : _____

NOMBRE :

LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION DE LABORATORIO CLINICO, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 313 Y 334 DEL CODIGO DE SALUD , AUTORIZA A LA FABRICA DE SELLOS DE HULE _____ PARA LA ELABORACION DE UNO O DOS SELLOS DEL (a) EGRESADO (a) _____ EN LABORATORIO CLINICO _____ , EL CUAL DEBERAN TENER FORMA RECTANGULAR Y LLEVAR EN EL CENTRO EL NOMBRE DEL PROFESIONAL , PRECEDIO DE LA MENCION DEL TITULO ACADEMICO QUE PODRA ABREVIARSE Y EN LA PARTE INFERIOR LA CLASE DE TITULO Y EL NUMERO DE INSCRIPCION DEL PROFESIONAL EN LA J.V.P.L.C.

MODELO DE SELLO:

MARIA LUISA HERRERA LOPEZ
Egresada en Laboratorio Clínico
No. PROVISIONAL _____