Ciudad y fecha

Doctor

**ANDERSSON ROZO ALBARRACIN**

Presidente Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación

La ciudad

CC: CAR (Comité de Acreditación y Recertificación ACMFR)

Referencia: Aspirante a recertificación voluntaria en Medicina Física y Rehabilitación.

Atentamente me dirijo a usted con el fin de solicitar me autorice iniciar el proceso de recertificación en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación la cual realizo de forma voluntaria con el ánimo de demostrar a la sociedad mi interés por el mejoramiento continuo de mis habilidades, destrezas y conocimientos y así mismo me comprometo que la información suministrada en el formato de admisión y los certificados que adjunto son veraces y que si la información registrada no obedece a la verdad podrá afectar el proceso en retrasarlo o según el caso las sanciones correspondientes a la gravedad de los documentos falsificados.

Asimismo certificó que conozco los lineamientos que enmarcan el proceso de Recertificacion Medica Voluntaria de la ACMFR y aceptó las normas, términos y condiciones del mismo

De acuerdo con la normatividad vigente respecto a la protección de datos personales Ley 1266 de 2008, ley 1581 de 2012 y decreto 1377 de 2013, otorgo a la ACMFR autorización clara, expresa y entendida al manejo, recolección, registro, procesamiento , actualización y difusión en los casos previstos y autorizados por la ley de los datos denominados por la legislación nacional como DATOS SENSIBLES y que se manejen en razón a la naturaleza de la solicitud que estoy presentando.

El quinquenio que quiero participar para evaluación es el comprendido entre: **2017 a 2021**

Cordialmente,

Doctor

Nombre y firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registro Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

teléfono de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miembro ACMFR: SI: \_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_