



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE**

**Solicitud de Traslado
Consejo Regional**

RCM: _____
Nombre: _____
RUT: _____

Regional Actual: _____
Regional A Trasladar: _____

Motivo del Traslado: _____

Actualización de Antecedentes

Domicilio: _____
Comuna: _____
Teléfono: _____
Celular: _____
Mail: _____

Consulta o Lugar de Trabajo: _____
Comuna: _____
Teléfono: _____

Firma Médico

Firma y timbre aprobación URM

Firma y timbre aprobación UAR

Fecha solicitud: _____

Preparado por: _____