



REPÚBLICA DE PANAMÁ
CONSEJO INTERINSTITUCIONAL
DE CERTIFICACIÓN BÁSICA DE ENFERMERÍA
PANAMÁ
Solicitud de certificación de enfermeras

Fecha ____ / ____ / ____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Apellido de Casada _____

1er Nombre _____ 2do Nombre _____

Nº de Cedula _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Universidad _____

País: _____ Año de graduación _____

Actualmente Ejerce _____ No Ejerce _____

Fecha de los 2 últimos Autorizaciones para laborar _____ / _____

Labora en : Privada _____ MINSA _____ CSS _____

Dirección Postal: _____ Correo Electrónico _____

Teléfonos: Casa _____ Oficina _____ Celular _____

Adjuntar

- ❖ Original y Fotocopia de Diploma de Enfermera (o)
- ❖ Dos últimas Evaluaciones consecutivas de la Evaluación del desempeño
- ❖ Solicitud de certificación No Automática
- ❖ 1 Foto Reciente tamaño Carnet
- ❖ Fotocopia de Cédula
- ❖ Cancelar la suma de B/ 35.00
- ❖ Carta de socia activa del ANEP