****

Comité Nacional de Residentado Químico Farmacéutico

**Anexo Nº 1**

**Formato de Solicitud de Autorización de Programas, Campos Clínicos y Espacios Sociosanitarios del Residentado Químico Farmacéutico**

Lima,…………………………

Señor

…………………………………………………………………………………

Presidente del Comité Nacional del Residentado Químico Farmacéutico

# Presente.-

Por medio de la presente, la Unidad (Coordinación de especialidad, Sección o Escuela)

de Postgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad ……......................................................................................................................... …………………**,**

solicita al **Comité Nacional del Residentado Químico Farmacéutico**, la evaluación para la autorización del Programas de...................................................................................................impartido (propuesto) en la Sede Docente.........................................................................................................................................

Esta solicitud se debe considerar en el rubro (marcar con un aspa):

* Autorización de nuevo Programas y sus Campos Clínicos.
* Autorización por ampliación de campos clínicos de un programa en funcionamiento.
* Renovación de campos clínicos vencidos.

Las especialidades que se solicitan y el número de campos clínicos solicitados, se detallan en el siguiente cuadro:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Segunda Especialidad | N° Campos clínicos existentes en total | N° Campos clínicos de la Universidad | N° Campos clínicos solicitado |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Esta solicitud se enmarca en lo establecido por el Decreto Supremo 037-2014-SA, y los Acuerdos pertinentes del Comité Nacional de Residentado Químico Farmacéutico.

Toda la documentación que acompaña a esta solicitud se encuentra debidamente foliada y se entrega en original y copia.

Atentamente,

--------------------------------------------------------------------------------- ----------------------------------

Firma y sello del (la) Director(a) de la Unidad de Post Grado V°B° Decano(a) de la Facultad de

(Coordinador(a) de Especialidad, Sección o Escuela) …………………………………….