

Comité Nacional de Residentado Químico Farmacéutico

**Anexo Nº 2**

**Formato de requisitos para la Solicitud de Autorización de Programas,**

**Campos Clínicos y Espacios Sociosanitarios del Residentado Químico Farmacéutico**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Universidad :** | | |  | |
| **Sede Docente :** | | |  | |
| **Especialidad :** | | |  | |
| **Número de Campos Clínicos solicitados :** | | |  | |
| **De la Universidad** | | | | |
| 1 | Solicitud de **Autorización de programas, campos clínicos y**  **espacios sociosanitarios** (Anexo 1) | | |  |
| 2 | Informe de **Autoevaluación** (Anexo 3) | | |  |
| 3 | **Plan curricular de la especialidad** aprobado por la universidad | | |  |
| 4 | Resolución o documento de designación del **Comité de Especialidad** de acuerdo a la norma de la Universidad | | |  |
| 5 | Del (los) **Tutor** (es):   1. a. Resolución o documento de designación   de acuerdo a la norma de la Universidad   1. b. Copia simple de título de especialista 2. c. Copia de Registro Nacional de Especialista 3. d. Documento de aceptación | | |  |
| **De la Sede Docente** | | | | |
| 6 | | Documento de **Aceptación de la autoridad** competente de la  Sede Docente. | |  |
| 7 | | Copia simple del **Convenio marco** vigente | |  |
| 8 | | Copia simple **Convenio específico** vigente | |  |
| 9 | | Descripción de la **infraestructura** y **equipamiento** necesarios para el desarrollo de la especialidad solicitada. | |  |

**IMPORTANTE:**

1. **Se requiere que se cumplan con los 09 ítems para proceder con la**

**programación de la visita de evaluación.**

1. **Los documentos deben estar firmados por las autoridades pertinentes.**
2. **Toda la documentación presentada debe estar debidamente foliada.**
3. **No adjuntar documentos que no correspondan.**
4. **Todos los documentos presentados tienen el valor de Declaración Jurada.**