

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.**