



SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN COMO ESPECIALISTA

MARQUE LO QUE CORRESPONDA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FARMACIA COMUNITARIA (OFICINAL) | <input type="checkbox"/> FARMACIA SANITARIA Y LEGAL |
| <input type="checkbox"/> FARMACIA HOSPITALARIA | <input type="checkbox"/> ESTERILIZACIÓN |
| <input type="checkbox"/> FARMACIA INDUSTRIAL | <input type="checkbox"/> NUTRICIÓN Y ANÁLISIS DE ALIMENTOS |
| <input type="checkbox"/> BIOFARMACIA | |

CONDICIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN:

- Profesor Universitario
- Título de Especialista Universitario
- Certificado de Residencia Completa en la Especialidad
- Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad
- Ninguna de las anteriores

Completar con letra de imprenta legible o formato electrónico

EL/LA QUE SUSCRIBE, FARMACÉUTICO/A (Apellido y nombre)

Con DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número) _____

MATRÍCULA FARMACÉUTICA N° _____

TÍTULO DE FARMACÉUTICO expedido por UNIVERSIDAD _____

Fecha de expedición ____/____/____

CON EJERCICIO PROFESIONAL ACTUAL EN establecimiento de Salud) _____

_____ Sitio en calle _____ N° _____

Localidad _____ CP _____ Provincia _____

Teléfono _____

Con (números y letras) _____ AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO EFECTIVO DE LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA y _____ (números y letras) AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD.

Cumplimiento de horas semanales de actividad a certificar _____

Con DOMICILIO PARTICULAR EN calle _____ N° Dpto. _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____

E-mail _____

Colegio de Farmacéuticos de Tucumán



Manifiesta conocer y aceptar el REGLAMENTO GENERAL DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES

En (localidad) _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____, se firma el presente en carácter de Declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

FIRMA

ACLARACIÓN