



Colegio de Farmacéuticos de Tucumán

SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO COMO ESPECIALISTA

MARQUE LO QUE CORRESPONDA

- | | |
|---|--|
| 1. FARMACIA COMUNITARIA ☐ | 5. FARMACIA SANITARIA Y LEGAL ☐ |
| (OFICINAL) | 6. ESTERILIZACIÓN ☐ |
| 2. FARMACIA HOSPITALARIA ☐ | 7. NUTRICIÓN Y ANÁLISIS DE ☐ |
| 3. FARMACIA INDUSTRIAL ☐ | ALIMENTOS |
| 4. 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 _____



Colegio de Farmacéuticos de Tucumán

Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____

E-mail _____

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