**ANEXO IV**

**SOLICITUD DE ADHESION A LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION DE LA FEFARA**

**Expediente Nº ..............................-.......**

(Sírvase completar con letra de imprenta legible)

El/la que suscribe, Farmacéutico/a (apellido y nombre)

..............................................................................................................................

Matrícula Nº......................expedida por ……………………………………… ………………………………………………., Documento de Identidad (tipo y

número)..........................................................., fecha de nacimiento………, nacionalidad ………………………………con ejercicio profesional en (entidad laboral)...................................................................................con el cargo de.......................................................................con domicilio profesional en………………………………………Nº............Piso......Dto...........Teléfono.................................Email........................................................................Código Postal ……………… Localidad...................................................... Provincia……………………con domicilio particular en ………………… ….. ...................... Nº…………… Piso …….. Dto ………Teléfono ....................................... E- mail.................................................................

Código Postal......................... Localidad ....................................... Provincia ................................ manifiesta conocer y aceptar el documento “Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional” de la FEFARA y solicita se inicien los trámites para su (**CERTIFICACION** O **RECERTIFICACION**) ………………………............................................ profesional.

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

**FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE****Ejercicio Profesional en:****(marcar con una cruz)** | **DETALLE** **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVACIONES** |
| **Farmacia comunitaria** |  |  |  |
| **Droguería** |  |  |
| **Distribuidora** |  |  |
| **Industria** |  |  |
| **Hospital** |  |  |
| **Herboristería** |  |  |
| **Oficina de inspectoría** |  |  |
| **Gabinete de auditoria** |  |  |
| **Otras actividades** |  |  |

***CAPACITACION RECIBIDA EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS RELACIONADAS CON FARMACIA Y OTRAS CS. DE LA SALUD***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE** **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVACIONES** |
| Cursos presénciales |  |  |
| Cursos de Educación a Distancia (EAD)  |  |  |
| Congresos |  |  |
| Mesa Redondas, Simposios, Paneles |  |  |
| Conferencias/charlas |  |  |
| Jornadas |  |  |

***CAPACITACION IMPARTIDA RELACIONADA CON FARMACIA Y OTRAS CS. DE LA SALUD***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE** **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVACIONES** |
| Docente cursos presénciales |  |  |
| Conferencista |  |  |
| Expositor en Mesas Redondas, Simposios, Paneles |  |  |
| Expositor en Jornadas/Congresos  |  |  |
| Coordinador de Seminarios |  |  |
| Profesor titular, asociado o adjunto por concurso en Universidades reconocidas por la Ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud |  |  |
| Profesor titular, asociado, adjunto sin concurso en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud |  |  |
| Jefe de Trabajos Prácticos en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud |  |  |
| Ayudante en universidades reconocidas por la ley de Educación Superior en el área de Farmacia y otras ciencias de la salud |  |  |
| Docente de nivel secundario y terciario en establecimientos oficiales o privados incorporados a la enseñanza oficial.  |  |  |
| Docente en Maestrías, Especialidades, Doctorados |  |  |

***PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON FARMACIA Y OTRAS CS. DE LA SALUD***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE** **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVACIONES** |
| Director de Tesis de Doctorado |  |  |
| Director de Tesinas |  |  |
| Director de Residencias |  |  |
| Director de Concurrencias |  |  |
| Director de Pasantías |  |  |
| Actividades documentadas de divulgación abiertas a la comunidad |  |  |
| Miembro organizador de Congresos y Jornadas |  |  |
| Participante de Seminarios y Talleres |  |  |
| Participante de Foros |  |  |
| Participante de Campañas y/o Programas Especiales |  |  |
| Asesor técnico en distintas entidades |  |  |
| Director/Codirector de Proyectos de Investigación o Programas Especiales |  |  |
| Integrante de Proyectos de Investigación o Programas Especiales |  |  |
| Representación institucional |  |  |
| Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales  |  |  |
| Miembro evaluador de producciones científicas, técnicas o educativas en revista, entidad o empresa reconocida |  |  |

### *PRODUCCIÓN DE MATERIALES RELACIONADOS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE** **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVACIONES** |
| Artículos originales en revistas con referato |  |  |
| Artículos originales en revistas sin referato |  |  |
| Artículos de actualización en revistas con referato |  |  |
| Artículos de actualización en revistas sin referato |  |  |
| Capítulos de libros (con ISBN): Autor  |  |  |
| Libros (con ISBN) mayor de 100 Pág.: Autor |  |  |
| Libros (con ISBN) de 30 a 100 Pág.: Autor |  |  |
| Módulos instruccionales entre 10 y 50 Pág. : Autor |  |  |
| Módulos instruccionales con más de 50 Pág.: Autor |  |  |
| Videos instruccionales |  |  |
| Artículos en revistas institucionales  |  |  |
| Comunicaciones libres o posters en Congresos o Jornadas |  |  |

***OTROS ANTECEDENTES RELACIONADOS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE** **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVACIONES** |
| Patentes de invención en la Ciencia Farmacéutica y de la Salud |  |  |
| Becas, premios o distinciones  |  |  |
| Concurrencias y/o pasantías de posgrado en oficinas, laboratorios, servicios especiales |  |  |
| Residencias en Universidades o instituciones reconocidas |  |  |
| Maestrías en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |
| Doctorados en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |
| Licenciaturas de posgrado en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |
| Especialidades en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |

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

#  FIRMA ACLARACION DE FIRMA

# Matrícula Nº--------------------------------