CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD Y CAPACITACIÓN EN LA ESPECIALIDAD – LIC EN ENFERMERIA

El/la abajo firmante, Dr./ Lic. ………………………………………………………………………MN………………………

Jefe/a del Servicio y/ o jefe inmediato Superior de……………………………………………………………………

Establecimiento……………………………………………………………………………………………………………………….

Dependiente de……………………………………………………………………………………………………………………..

CERTIFICA que el/la Lic. .…………….………………………………………………………………………………………..

Documento Nacional de Identidad N°………………………………………CUIT/CUIL…………………………………

ha mantenido una antigüedad comprobada prestando servicios asistenciales como Lic. en Enfermería desde el día…………… del mes de ………..………………..del año………....... , hasta el día… del mes

del………………….…………………………… del año……………...; cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por años calendario.

………………………………………………………………………………………….. Firma y Sello del Jefe/a del Servicio

y/o Jefe/a Inmediato/a Superior

El/la que suscribe Dr./Dra./Lic. ………………..………………………………………………………………………………

Director/a de , avala con su

conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el Jefe/a del Servicio y/o jefe/a Inmediato/a Superior de el/la Lic. …………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………. . Se extiende el presente a pedido del/la interesado/a para ser presentado ante quien corresponda, en Buenos Aires, a los……………… días del mes de…………………………………….…………………………del año ………………………..

……………………………………… ..………………………………..

Sello del Establecimiento Asistencial Firma y sello del Director/a

El/la abajo firmante Lic. , DNI

N° ……………………………., CUIL/CUIT N° …………………………………. Declaro haber desarrollado la práctica de ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL; ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO; ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO ADULTO; ENFERMERÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE (tachar según corresponda) de manera ininterrumpida los últimos 5 años en

……………………………………………………………………………………………….. , según certifican las firmas precedentes.

Adjunto en CV las certificaciones correspondientes a las 300 hs. de capacitación en la especialidad solicitada, de los últimos 5 años, según se requiere en el Art. 4 de la Resolución MS N° 2055/23.

………………………….

Firma y aclaración del solicitante

**CERTIFICACIÓN DE HORAS DE CAPACITACIÓN EN LAS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Capacitaciones** | **Nombre** | **Fecha de finalización de la capacitación** | **Hs. en los últimos 5 años** |
| **Campo específico**  **De la especialidad** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Campo de salud general** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL HORAS** | | |  |

……………………………………………….

Firma, aclaración y cargo

# CERTIFICACIÓN DE HORAS DE CAPACITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

# De manera orientativa se pueden computar actividades de capacitación:

* Referidas al campo específico de la Especialidad: ateneos, capacitaciones internas, cursos, grupos de estudio, entre otros.
* Referidas al campo de salud general: horas de capacitación de cursos (DDHH, género y diversidades/Calidad/ Seguridad del paciente/ Cuidado ambiental relativo a los ámbitos sanitarios, gestión, investigación, entre otros), Maestrías, Diplomaturas, etc.

**Debe estar suscripto por:**

Jefe/a del área de docencia o del área de investigación o del área RRHH/Jefe de Servicio/Sección (en caso de ser éste el responsable de las capacitaciones de las que hace referencia) o director/a