

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADO MÉDICO

Señor Doctor(a)
 Presidente(a) del Comité Directivo de CONAREME
 Presente.-

....., con DNI N°, domiciliado en
Decano de la Facultad de Medicina
de la
 Universidad.....

Con campos clínicos en las especialidades (más de 5 especialidades en documento adjunto)
 de.....

.....

desarrolladas en las siguientes Sedes Docentes de Residencia Médico:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 2..... |
| 3..... | 4..... |
| 5..... | 6..... |
| 7..... | 8..... |
| 9..... | 10..... |

solicito tenga a bien enviar el Manual de Autorización de Funcionamiento de Programas de Residencia Médico correspondiente al proceso de Autorización de Funcionamiento de los Programas, con la finalidad de adecuar nuestros programas a los requisitos, estándares y plantilla aprobados con acuerdo **Acuerdo N° 063-CONAREME-2019-AG** del Consejo Nacional de Residencia Médico.

.....
 Nombres y apellidos

.....
 Firma