SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN DE CAMPOS DE FORMACIÓN (CAMPOS CLÍNICOS, CAMPOS DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD Y CAMPOS DE MEDICINA LEGAL) EN SEDES DOCENTES ACREDITADAS

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

……, con DNI N° ……., domiciliado en

……,director, jefe o responsable de la unidad de especialización de la Facultad de Medicina

……de la

Universidad……..

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

……

……

……

……

……

desarrollada en las siguientes Sedes Docentes de Residentado Médico:

1……2……

3……4……

5……6……

7……8……

9……10……,

solicito tenga a bien enviar el Manual de Autorización de Campos de Formación para los programas de residentado Médico correspondientes al proceso de Autorización de Campos de Formación, con la finalidad de ampliar …… nuestra capacidad de formación **Acuerdo N° 063-CONAREME-2019-AG** del Consejo Nacional de Residentado Médico.

…….. ……

Nombres y apellidos Firma