



# Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

## SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMAS DE RESIDENTADO MÉDICO

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

Yo, ....., con DNI N° ....., domiciliado en ....., con correo electrónico ..... y teléfono ....., Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad .....; ubicado en ....., del distrito de .....; Provincia de ....., del departamento de .....

Solicito a Usted, se sirva autorizar el funcionamiento del/ de los siguientes programas de residentado médico:

Programa de Residentado Médico solicitado:	Cuenta con Campos Clínicos autorizados: (SI/NO)	Sedes Docentes donde se desarrolla el programa solicitado:

En tal sentido, cumplo con adjuntar los documentos requeridos conforme al Manual del Proceso Regular de Autorización del Funcionamiento de Programas de Residentado Médico, bajo los alcances del Acuerdo N° .....-2022-CONAREME-AG, en Asamblea General del ..... de ..... de 2022 del Consejo Nacional de Residentado Médico:

1. Solicitud de Autorización presentada por la Institución Formadora Universitaria al Comité Directivo del CONAREME. (Resolución que aprueba el Programa de Especialidad, Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces, o representante legal de la institución solicitante, copia Documento Oficial de Identidad); adjuntando el voucher de pago por derecho de autorización de programa de residentado médico.
2. Informe de Autoevaluación.
3. Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación.
4. Declaración Jurada.

.....  
Decano de la Facultad de Medicina Humana de la  
Institución Formadora Universitaria  
Firma