**SOLICITUD DE ADHESIÓN A LA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN 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...... Dpto ........... Teléfono ................................. Email ................................................................ Código Postal ……………… Localidad................................................. Provincia……………………con domicilio particular en …….................... Nº……………Piso ……. Dpto ………Teléfono ............................... Email ................................................................. 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 (**CERTIFICACIÓN** O **RECERTIFICACIÓN**) …………............................................ 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

Fecha última actualización: 18/06/2020

Aprobado en reunión de Comisión Directiva del 26 de junio de 2.020

**FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES**

***EJERCICIO PROFESIONAL***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE**  **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVAC.** |
| **Ejercicio profesional** en:  (marcar con una cruz)  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)** | **OBSERVAC.** |
| Cursos presenciales |  |  |
| Cursos de Educación a Distancia (EAD) |  |  |
| Congresos |  |  |
| Mesa Redondas, Simposios, Paneles, Foro |  |  |
| Conferencias/charlas |  |  |
| Jornadas |  |  |
| Talleres |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE**  **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVAC.** |
| Docente curso presencial. |  |  |
| Conferencista |  |  |
| Expositor en Mesas Redondas, Simposios, Panel, Foro. |  |  |
| Expositor en Jornada/ Congreso. |  |  |
| Coordinador de Seminarios / Taller. |  |  |
| 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 establecimiento oficial o privado 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)** | **OBSERVAC.** |
| Director de Tesis de Doctorado |  |  |
| Director de Tesinas |  |  |
| Director de Residencia |  |  |
| Director de Concurrencia |  |  |
| Director de Pasantías |  |  |
| Actividades documentadas de divulgación abiertas a la comunidad |  |  |
| Miembro organizador de Congresos y Jornadas |  |  |
| Miembro organizador de Seminario, Taller, Foro |  |  |
| Miembro organizador de Campañas y/o Programas especiales |  |  |
| 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. |  |  |
| Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones profesionales. |  |  |
| Representación institucional. |  |  |
| Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales. |  |  |
| Miembro evaluador de producción científica, técnica o educativa 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)** | **OBSERVAC.** |
| 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 Congreso o Jornada |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE** | **DETALLE**  **(incluir lugar y período o fecha)** | **OBSERVAC.** |
| Patentes de invención en la Ciencia Farm. y de la Salud |  |  |
| Becas, premios, 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 reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |
| Doctorados en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |
| Especialidades en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior |  |  |
| Otro Título de Grado |  |  |

**El Sistema de Actualización Farmacéutica de la FEFARA se reserva el derecho de contemplar y evaluar otras situaciones no previstas en el presente documento.**

**Firma y aclaración: ……………………………………**

**……………………………………**

**Matrícula: ……………………….**

Fecha última actualización: 18/06/2020

Aprobado en reunión de Comisión Directiva del