**FORMULARIO 003.AT EXPEDIENTE Nº:**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL PROFESIONAL** |

|  |
| --- |
| Nombres y Apellidos: |
| Nº de Cédula de Identidad: |
| Título Profesional:  |
| Nº de registro en el SENESCYT |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| Correo Electrónico:  |
| Ciudad/Provincia: |
| Acreditación: Re acreditación: |

FOTO

FOTO

|  |
| --- |
| **2. ACREDITACIÓN PARA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de tejido** | **Tipo de almacenamiento** |
| **Temporal** | **Definitivo** |
| Osteomuscular ligamentoso (refrigerado) |  |  |
| Osteomuscular ligamentoso (no refrigerado) |  |  |
| Piel |  |  |
| Otros (especificar): |  |  |

**Detalle la función específica dentro del programa:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTOS | SI | NO |
| 1. Hoja de vida actualizada  |  |  |
| 2. Contrato legalizado con la institución o documentos que demuestren la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa.  |  |  |
| 3.Documentos que avalan experiencia en: (documentos de respaldo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Excluyente: | **SI** | **NO** |
| **Título Profesional:** Tecnólogos Médicos, de Laboratorio y/o Químicos. |  |  |
| **Certificado de entrenamiento de un año con aval de una Universidad u Hospital Docente.** Experiencia en los procedimientos técnicos de recolección, procesamiento, y almacenamiento de tejidos, control de calidad. (El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por la universidad u hospital donde realiza el entrenamiento, además debe constar el nombre del profesor y la fecha. Si el entrenamiento lo realizó en el exterior el mismo debe tener la apostilla de la HAYA o estar notariado en el país de emisión del documento. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español)  |   |   |
| *Especifique:*  |   |   |
| Nombre del Hospital o Universidad: ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Nombre del Profesor: …………………………………………………………………………………………………….. |

4. Capacitación relacionada con almacenamiento de tejidos:………………………………………………………………………………..……………..……………..……………..………………………………………………………………………………..……………..……………..……………..………………………………………………………………………………..……………..……………..……………..………………………………………………………………………………..……………..……………..…………….. |
|  |

**En……………………………………….a………………………………………… del……………**

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Profesional** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Director del Establecimiento** |
|  |