

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES	FECHA: 17/08/2016
		CÓDIGO: RG-INDOT-
	Versión: 01	PÁGINA: 1 de 2
PUBLICADO ☒ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐		

FORMULARIO 003.AT

EXPEDIENTE N°:

1. DATOS DEL PROFESIONAL

Nombres y Apellidos:	FOTO FOTO
N° de Cédula de Identidad:	
Título Profesional:	
N° de registro en el SENESCYT	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo Electrónico:	
Ciudad/Provincia:	
Acreditación: _____ Re acreditación: _____	

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)		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES	FECHA: 17/08/2016	
		CÓDIGO: RG-INDOT-	
	Versión: 01		PÁGINA: 2 de 2
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	

<i>Especifique:</i>
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