**FORMULARIO 003. LHI**

## 1. DATOS DEL PROFESIONAL

| 1. DATOS DEL PROFESIONAL | |
|---|---|
| **Nombre y Apellidos:** | |
| **Nº de Cédula de Identidad:** | |
| **Fecha de nacimiento:** | |
| **Especialidad:** | |
| **N° de registro SENESCYT** | |
| **Domicilio: Cantón:** | **Ciudad:** |
| **Calle principal:** | **Número:** |
| **Calle secundaria:** | **Código Postal:** |
| **Teléfonos:** | |
| **Correo electrónico:** | |
| **Acreditación:** ☐ | **Reacreditación:** ☐ |

FOTO

FOTO

| 2. Escoja la función específica en el equipo del Laboratorio, dentro de las siguientes opciones: | |
|---|---|
| **Director Técnico** | |
| **Responsable Técnico** | |
| **Técnico de apoyo** | |
| **Otro:** | |

| 3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA | | |
|---|---|---|
| **DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** |
| 1. Hoja de vida actualizada en donde conste el número de documento de identificación o pasaporte en caso de ser pertinente. | | |
| 2. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el laboratorio, debidamente certificado por el departamento de talento humano o la máxima autoridad de la institución, por cada profesional. | | |
| 3. Documentos que avalan formación y/o experiencia en procedimientos de Laboratorio, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo correspondiente. | | |

| 4. REACREDITACIÓN | SI | NO |
|---|---|---|
| Formulario 003.LH1 "Solicitud de acreditación reacreditación de profesionales para laboratorio de histocompatibilidad e inmunogenética para trasplantes" código; RG-INDOT-354 | | |
| Contrato legalizado con la institución o documento que avale la relación contractual con el servicio de apoyo, debidamente certificado por el departamento de talento humano o la máxima autoridad de la institución, por cada profesional. | | |
| Certificados de cursos de capacitación continua | | |

| 4. COMPROMISO DE PARTICIPACÓN | SI | NO |
|---|---|---|
| Se compromete usted a formar parte del equipo del Laboratorio y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo a los requerimientos necesarios. | | |

**En……..….a……de……. del……**

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

| **Nombre, firma y sello de la máxima autoridad del Laboratorio** |
|---|
| |