

	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN E IMPLANTE DE TEJIDOS EXCEPTO CÓRNEAS</b> <b>Versión: 05</b>	FECHA: 17-01-2023
		CÓDIGO: RG-INDOT-501
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1

**FORMULARIO 001.AP**

**1. DATOS DEL PROFESIONAL**

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
<b>Nombre y Apellidos:</b>	
<b>Nº de Cédula de Identidad:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Especialidad:</b>	
<b>Nº de Registro SENESCYT o entidad que la represente:</b>	
<b>Domicilio: Ciudad:</b>	<b>Cantón:</b>
<b>Calle principal:</b>	<b>Número:</b>
<b>Calle secundaria:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfonos:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	

FOTO

FOTO

2. SOLICITUD		
Tipo de tejido	Ablación	Implante
Membrana Amniótica	N/A	
Esclera	N/A	
Sistema Osteomuscular Ligamentoso y Osteoarticular		
Homoinjertos valvulares, vasculares y otros tejidos cardíacos		
Piel		
Otros: (la autorización se realizará previo análisis del INDOT)		

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada donde conste el número de documento identidad y/o pasaporte.		
2. Carta de compromiso de autorización de profesionales para ablación e implante de tejidos excepto córneas RG-INDOT-502, con firma y sello del profesional.		

En....., a..... de..... del.....

<b>Nombre, firma y sello del profesional solicitante</b>