



ATENCIÓN

LLAMADO A CERTIFICACION PROFESIONAL MARZO DE 2017

Informamos a los colegas la prescripción del plazo para la presentación de solicitud de adhesión al trámite de Certificación y/o Recertificación del llamado Marzo de 2017, la fecha convenida es el 15 de Marzo de 2017. En este llamado la Certificación Profesional se realizará a través de la FEFARA (Federación Farmacéutica) y/o COFA (Confederación Farmacéutica Argentina)

Los interesados en iniciar los trámites sírvanse tener presente los siguientes puntos para armar la carpeta de presentación para solicitar la certificación y/o recertificación profesional (constatar, antes de remitir la documentación, que la misma esté completa):

1. "Solicitudes de adhesión a la certificación" rellenas y firmadas (SE ADJUNTA).
2. Fotocopia del Título Profesional en el caso de la Certificación ó del Certificado de Farmacéutico Certificado en el caso de la Recertificación.
3. **Certificados (ORIGINALES y FOTOCOPIAS)** que avalen todas las actividades acreditables (antecedentes) de su historia profesional, se devolverán los originales luego de su certificación.
4. "Formulario de suscripción de antecedentes" (SE ADJUNTA MODELO) completado (manuscrito o impreso), firmado y con el sello o aclaración de firma.

El Colegio de Farmacéuticos le otorgará la Constancia de Matriculación y Certificado Ético Profesional y Constancia del Ejercicio Profesional.

Estamos a disposición en el Colegio para ayudar a quienes lo soliciten en el armado de las carpetas.

Los formularios necesarios y el Reglamento de Certificación, pueden ser solicitados por mail.

Remitir al Colegio toda esta documentación

Consultas:

Dirigirse personalmente al Colegio de Farmacéuticos

☎: 0266 - 4428157 Colegio de Farmacéuticos

✉: mesadeentrada@colfarsl.com.ar

**SOLICITUD DE ADHESION A LA CERTIFICACION Y
RECERTIFICACION DE LA FEFARA**

Expediente N°

(Sírvese completar con letra de imprenta legible)

El/la que suscribe, Farmacéutico/a (apellido y nombre)

.....
Matrícula N°.....expedida por, Documento de Identidad (tipo y número)....., fecha de nacimiento....., nacionalidadcon ejercicio profesional en (entidad laboral).....con el cargo de.....con domicilio profesional en.....N°.....Piso.....Dto.....Teléfono.....
.....Email.....Código

Postal Localidad.....
Provincia.....con domicilio particular en
..... N°..... Piso DtoTeléfono
..... E- mail.....

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 (**CERTIFICACION O RECERTIFICACION**)

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

| TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE Ejercicio Profesional en: (marcar con una cruz) | DETALLE (incluir lugar y período o fecha) | OBSERVACIONES |
|--|--|----------------------|
| 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) | OBSERVACIONES |
|---------------------------------------|--|----------------------|
| Cursos presénciales | | |
| Cursos de Educación a Distancia (EAD) | | |
| Congresos | | |
| Mesa Redondas, Simposios, Paneles | | |
| Conferencias/charlas | | |
| Jornadas | | |

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

| TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE | DETALLE (incluir lugar y período o fecha) | OBSERVACIONES |
|---|--|----------------------|
| Docente cursos presénciales | | |
| Conferencista | | |
| Expositor en Mesas Redondas, Simposios, Paneles | | |
| Expositor en Jornadas/Congresos | | |
| Coordinador de Seminarios | | |
| 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 establecimientos oficiales o privados 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) | OBSERVACIONES |
|--|--|----------------------|
| Director de Tesis de Doctorado | | |
| Director de Tesinas | | |
| Director de Residencias | | |
| Director de Concurrencias | | |
| Director de Pasantías | | |
| Actividades documentadas de divulgación abiertas a la comunidad | | |
| Miembro organizador de Congresos y Jornadas | | |
| Participante de Seminarios y Talleres | | |
| Participante de Foros | | |
| 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 | | |

| | | |
|---|--|--|
| Representación institucional | | |
| Miembro integrante de comisiones científicas en instituciones gubernamentales y no gubernamentales | | |
| Miembro evaluador de producciones científicas, técnicas o educativas 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) | OBSERVACIONES |
|---|--|----------------------|
| 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 Congresos o Jornadas | | |

OTROS ANTECEDENTES RELACIONADOS CON FARMACIA Y OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD

| TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE | DETALLE (incluir lugar y período o fecha) | OBSERVACIONES |
|---|--|----------------------|
| Patentes de invención en la Ciencia Farmacéutica y de la Salud | | |
| Becas, premios o 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 en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior | | |
| Doctorados en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior | | |
| Licenciaturas de posgrado en Ciencias Farmacéuticas y de la Salud en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior | | |
| Especialidades en entidades reconocidas por la Ley de Educación Superior | | |

FIRMA

ACLARACION DE FIRMA

Matrícula N°-----