



REQUISITOS PARA REALIZAR PRÁCTICAS DE PREGRADO – PRÁCTICAS FINALES OBLIGATORIAS (P.F.O)

- 1) Nota de la universidad firmada por el secretario académico (o autoridad pertinente), donde solicite que el/los alumno/s.....
DNI....., realice/n la PFO durante el periodo de..... La misma debe ser dirigida al Director Ejecutivo del Hospital Público descentralizado Dr. G. Rawson (Dr. Juan Pablo Gempel), por su intermedio a la Coordinadora del Comité de Docencia e Investigación (Dra. Cristina Muñoz).
- 2) Nota de solicitud con firma y membreta de la institución solicitante, donde conste la aprobación de cada Jefe de Servicio donde se llevarán a cabo las prácticas.
 - Clínica Médica: Dr. José Daniel Morando.
 - Pediatría: Dr. Jorge Castro.
 - Gineco-Obstetrícia: Dr. Nelson Tello (Jefe del Servicio de Maternidad) y Dr. Sergio Alé (jefe del Servicio de Ginecología).
 - Cirugía: Dr. Gabriel Navarta.
- 3) Fotocopia de Convenio actual de la institución solicitante con el nosocomio.
- 4) Programa de actividades a realizar, con horario y en el servicio que se cumplirá de lunes a viernes. Aclarar si deben concurrir a una guardia semanal.
- 5) Nombre Apellido, DNI del docente titular de la cátedra y grupo de docentes que acompañará a los alumnos.
- 6) Nota con carácter de Declaración Jurada, respecto a la presentación de DNI y carnet de vacunas (Anexo I).
- 7) Póliza de Seguros de Accidentes Personales con cláusula de No Repetición a favor del Hospital P.D. Dr. G. Rawson. La fecha de cobertura debe incluir el período completo de práctica. La fecha de cobertura debe incluir el período completo de práctica.
- 8) Firma de declaración jurada o consentimiento informado COVID-19. Dependiendo de la situación epidemiológica (condicional).
- 9) La Universidad/Institución deberá proveer a los alumnos de los equipos de bio-seguridad necesarios.
- 10) Deben ser presentados los requisitos mencionados con 30 días hábiles mínimos de anticipación.



ANEXO I

El Sr/Dr. Autoridad Académica correspondiente de la Universidad/Institución.....
..... certifica, que los DNI y certificado de vacunación completos correspondiente a cada alumno (con: Antitetánicas, Hepatitis B -plan completo- y Antigripal y COVID, correspondiente al año en curso), se encuentran en el legajo correspondiente de cada alumno, a disposición de la autoridad sanitaria que lo requiera.

Dando plena fe de la autenticidad y veracidad de los mismos ya que han sido exhibidos en presencia de esta Unidad Académica (Casa de Altos Estudios). Revistiendo el mismo el carácter de declaración jurada.

(Ej.)

Nombre y Apellido	DNI	Carnet de Vacunas Completo: Si / No*	Firma del Alumno.

*En caso de contestar NO VACUNACION, aclarar que el alumno se niega a recibir las mismas.

.....
Firma Autoridad Académica correspondiente.