**FORMATO DE REQUISITOS PARA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS**

**IMPORTANTE:**

Cada documento presentado tiene una valoración de 1, se requiere que cada uno de los expedientes alcancen la valoración de 7 para programar la visita de evaluación.

Toda la documentación presentada debe estar foliada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Universidad: |  | **VALORACIÓN DOCUMENTARIA**  **(0-1)** |
|  | Sede Docente: |  |
|  | Especialidad: |  |
|  | Número de campos clínicos solicitados |  |
| 1 | Solicitud según formato (firmado por el Director de la Unidad o Escuela de postgrado y visto bueno del Decano) |  |  |
| 2 | Documento de aceptación de la autoridad competente según corresponda, incluyendo la aceptación del Jefe del Departamento/Servicio o Unidad de Odontologia (\*) |  |  |
| 3 | Convenio marco y especifico vigente (\*\*) |  |  |
| 4 | Plan curricular de la especialidad aprobado por la Universidad |  |  |
| 5 | Descripción de la infraestructura del o los servicios en los cuales se desarrollara el programa (\*\*\*) |  |  |
| 6 | Descripción del equipamiento de o los servicios relacionados a la especialidad solicitada (\*\*\*) |  |  |
| 7 | Listado de especialistas del servicio en la especialidad requerida, con Titulo o número del registro Nacional de Especialista |  |  |
| 8 | Copia del Expediente |  | NO SE CONSIDERA PARA LA VALORACIÓN |

1. No adjuntar documentos que no corresponde
2. Todos los documentos presentados tiene el valor de Declaración Jurada.

(\*) Departamento o Servicio según corresponda

(\*\*) Convenio marco y especifico vigente, ó en tramite

(\*\*\*) Según especificaciones aprobadas por el CODIRO.

**Formato de Solicitud de Autorización de Campos Clínicos del Residentado Odontológico**

Lima, de 2017

Señor

Presidente del Consejo Directivo del Residentado Odontológico

**Presente.-**

Por medio de la presente, la Unidad (Escuela o Sección) de Postgrado de la Facultad de Odontologia/Estomatología de la Universidad ………………………………………………., solicita al Consejo Directivo del Residentado Odontológico, la evaluación para la autorización de los campos clínicos para la especialidad de………………………………………….propuesto en la Sede Docente ………………………

Esta solicitud debe incluir las especialidades que se solicitan y precisar el número de campos clínicos solicitados en el siguiente cuadro:

|  |  |
| --- | --- |
| Especialidades | N° de campos clínicos |
|  |  |
|  |  |

Esta solicitud se enmarca en lo establecido por el Decreto Supremo 009-2013-SA y la Resolución Ministerial N° 628-2014-SA y los Acuerdos pertinentes del Consejo Directivo del Residentado Odontológico.

Toda la documentación que acompaña a esta solicitud se encuentra debidamente foliada y se entrega en original y copia.

Atentamente,

………………………………………. …………………………………….

Firma y sello del Director de la Escuela/ V°B° Decano de la Facultad de

Unidad de Post grado Odontologia/Estomatología