

GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA LUCIA DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

PASANTIAS PROFESIONALES EN FORMACIÓN DEL G.C.A.B.A.

I- REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN

- 1. Pertenecer a una Institución pública.
- 2. A partir del 2º año de la formación.

II- DOCUMENTACIÓN NECESARIA

- 1. Carta de presentación dirigida al Departamento Docencia e Investigación.
- 2. Solicitud o carta de recomendación del Sr. Jefe del Servicio al que asiste, con firma y sello.
- 3. Datos de la Institución a la que pertenece: domicilio, teléfono, email.
- 4. Datos personales: nombre y apellido completo, DNI, matrícula, teléfono, celular, domicilio, e-mail, foto 4x4.
- 5. DNI: Fotocopia anverso y reverso.
- 6. Título de Médico: Fotocopia autenticada.
- 7. Matricula Nacional: Fotocopia anverso y reverso.
- 8. Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil por mala praxis médica. cuya vigencia no deberá ser menor al periodo de perfeccionamiento en la especialidad de su interés.

III- DURACIÓN

- 1. Máximo tres meses.
- 2. Entre una pasantía y otra, por igual o distinto Servicio debe mediar un plazo no menor a tres meses.
- 3. Asistir al Hospital, tres días por semana, mínimo.
- **4.** Firmar planilla de ingreso y egreso.

IV- CANTIDAD

- 1. Se aceptará UN Profesional Pasante por Servicio.
- 2. En caso de mayor demanda se respetará el orden de inscripción.

V- ACTIVIDADES

Observar las tareas asistenciales del Servicio y participar en las actividades docentes del mismo.

Se entregará una constancia al finalizar la rotación.

Completar la planilla, adjuntar foto, en formato JPG, 4x4, y enviar por correo electrónico junto con los requisitos solicitados, nominados y **ESCANEADOS**. No se aceptarán fotos de la documentación.



HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA LUCIA

santalucia_docenciaeinv@buenosaires.gob.ar // hospitalsantaluciadocencia@gmail.com El 1º día de la rotación presentarse en el Dpto. Docencia e Investigación (2º Piso), con toda la documentación impresa.

Apellido y Nombre	
como figura en el documento de identidad	
D.N.I. N°	
Edad	
Fecha De Nacimiento	
Nacionalidad	
Domicilio	
Teléfono	
Correo Electrónico	
Profesión	
Título Expedido Por Universidad	
Matricula Profesional	
Residente ó Concurrente	
Institución a la que Pertenece	
Teléfono de la Institución	
Responsable Médico de la Inst.	
Teléfono del responsable médico de la Institución	
Empresa Aseguradora-Teléfono	
Nº Póliza de seguro de vida de accidentes personales	
Servicio al que asistirá	
Duración	
Fecha inicio de la pasantía	

FOTO CARNET FORMATO JPG/GIF

