

**FORMULARIO DE SOLICITUD ACREDITACIÓN COMO TUTOR DE
RESIDENTES
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Nombre y apellidos:

DNI/NIF: Teléfono:

Correo electrónico corporativo:

Especialidad:

Unidad Docente:

Servicio/Centro de Salud:

Categoría profesional:

EXPONE

- ✓ Que desea ser tutor de residentes y se compromete a mantener dicha condición durante los años que dure la residencia, desde la fecha de la concesión, salvo variación substancial de sus condiciones laborales.
- ✓ Que conoce el programa oficial de la especialidad, y considera que cuenta con el perfil profesional requerido y está capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes que marca el programa de la especialidad.
- ✓ Que se compromete a someterse a los mecanismos de evaluación y auditoria de su labor profesional y actividad docente que establezca la Comisión de Docencia.
- ✓ Que realizará periódicamente las evaluaciones correspondientes y que participará en la evaluación anual de sus residentes.
- ✓ Que adjunta los documentos siguientes y declara que toda la información aportada es veraz y que está dispuesto a aportar la documentación que lo acredite en caso de que se me requiera.

Autobaremación

Proyecto docente

SOLICITA: Le sea concedida la acreditación como tutor

Fecha: Firma

Talavera de la Reina, a 09 de junio de 2020