

DECLARACION JURADA DE INTEGRANTES Y EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

EL PRESTADOR: _____, representado en este acto por _____ (DNI _____) con domicilio en _____, en su carácter de _____, declaro bajo juramento:

INFORMACION GENERAL

Fecha		Email de contacto	
Institución solicitante		Tel. de contacto	
Dirección		Tel. de contacto 24hs	
Ciudad/provincia			

FORMACION ACADEMICA DEL EQUIPO ASISTENCIAL**

DIRECTOR MEDICO (Designado por Estatuto/Asamblea)

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Especialidad en...			
Maestría en CP *			
Postgrado avanzado en CP *			
Residencia postbásica completa CP		Certificación en CP*	
Experiencia asistencial en CP *			

COORDINADOR MEDICO (Designado por Estatuto/Asamblea)

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Especialidad en...			
Maestría en CP *			
Postgrado avanzado en CP *			
Residencia postbásica completa CP		Certificación en CP*	
Experiencia asistencial en CP *			

MEDICO

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Especialidad en...			
Maestría en CP *			
Postgrado avanzado en CP *			
Residencia postbásica completa CP		Certificación en CP*	
Experiencia asistencial en CP *			

LIC. PSICOLOGIA/PSQUIATRIA

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Formación en CP *			

LIC. EN TRABAJO SOCIAL

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Formación en CP *			

LIC. KINESIOLOGIA

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Formación en CP *			

LIC. FONDAUDILOGIA

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Formación en CP *			

LIC. TERAPIA OCUPACIONAL

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Formación en CP *			

ENFERMERIA

Apellido y Nombre		Provincia	
Nº M.N.	Nº M.P.		
Formación en CP *			

INSTRUCCIONES GENERALES

* INDICAR INSTITUCION/ES Y HORAS/AÑOS, SEGÚN CORRESPONDA

** TODOS LOS DATOS DEBEN ESTAR COMPLETOS Y ACOMPAÑADOS DE LOS CURRICULUM VITAE DEL PERSONAL JUNTO CON LA DOCUMENTACION RESPALDATORIA.

FIRMA
ACLARACION

FECHA