**Solicitud para la**

**Acreditación Nuevos Tutores de**

**Enfermería Familiar Y Comunitaria**

|  |
| --- |
| **Solicitud de**  **Colaborador Docente**  **Atención Familiar y Comunitaria** |

|  |
| --- |
| **PROCEDIMIENTO** |

La finalidad de este documento es cubrir el vacío existente en la actualidad para que los profesionales que colaboran en la formación de los Residentes de Medicina y Enfermería en Atención Familiar y Comunitaria, sin ser tutores de la misma, tengan el reconocimiento oportuno.

Esta figura viene recogida en el Programa como **Colaborador Docente** la cual se define como: **“***todos aquellos especialistas y profesionales que, sin ser tutores de residentes de Medicina o Enfermería Familiar y Comunitaria, desarrollan sus funciones docentes en los distintos dispositivos que forman parte de la Unidad Docente, siendo los responsables de la formación de los residentes de Medicina o Enfermería Familiar y Comunitaria durante sus estancias formativas en los mismos. También tendrán la consideración de colaboradores docentes, aquellos profesionales que trabajan en Atención Primaria (pediatras, enfermera de pediatría, matronas, trabajador social, farmacéuticos, veterinarios.... o cualquier otro profesional del EAP) siempre y cuando contribuyan a la formación de los residentes.*

Este procedimiento, en el caso de las Unidades Asistenciales de Apoyo, tendrá carácter provisional, en tanto en cuanto, no lleguen los criterios de acreditación para las mismas desde el Ministerio.

Por otra parte permitirá la certificación de la labor que desempeñan los responsables de la formación de residentes en los distintos servicios hospitalarios así como los Médicos y Enfermeras de Atención Continuada.

El solicitante rellenará la solicitud y el cuestionario de valoración aportando la documentación requerida. Precisará, en todo caso, el visto bueno de los responsables que vienen especificados en cada modelo de solicitud; posteriormente se enviará toda la documentación a la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria para su valoración y emitir el certificado correspondiente si procede.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOLICITUD PARA COLABORADOR DOCENTE | | |
| Don/Doña: | | |
| **solicito** ser **COLABORADOR DOCENTE** en la formación de los Médic@s y Enfermer@s Residentes de las especialidades de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.  Me comprometo a realizar las tareas formativas que en mi competencia vienen recogidas en los Programas de ambas especialidades y a seguir las normas establecidas en el D.O.E. 14/2011 y en la Unidad Docente. El no cumplimiento de lo anterior dará lugar a la suspensión del reconocimiento en cuestión. | | |
| CATEGORÍA PROFESIONAL | | |
| Médico EAP en Atención Primaria  Médico Unidad de Apoyo  Médico EAP en Atención Continuada  Pediatra EAP  Farmacéutico de Área  Veterinario de Área  Facultativo Especialista de Área | Enfermera EAP en Atención Primaria  Enfermera Unidad de Apoyo  Enfermera EAP Atención Continuada  Matrona de Área  Trabajador Social  Otros (especificar): | |
| DISPOSITIVO DE COLABORACIÓN DOCENTE | | |
| Centro de Salud | Urbano  Rural | |
| Punto Unificado de Atención Continuada | Urbano  Rural | |
| Unidad de Apoyo Asistencial | Cuidados Paliativos  COPF | ECA  Unidad del Dolor |
| Unidad Asistencial | | |
| Servicio Hospitalario | | |
| Firma  Vº Bº Responsable de Unidad o Dispositivo Docente | Firma:  Vº Bº Representante Tutores AFYC | |
| Fecha: | | |
| **Documentación necesaria:**  Certificado de tiempo trabajado emitido por la Gerencia de Área correspondiente.  **Nota:**  Es imprescindible haber desarrollado la labor asistencial durante al menos un año de forma continuada en la Unidad o Dispositivo asistencial correspondiente. | | |