|  |
| --- |
| **Solicitud para la****Acreditación Nuevos Tutores de****Enfermería Familiar Y Comunitaria** |

|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE PETICIÓN** |
| Don/Doña:  |
| DNI:  | FECHA NACIMIENTO |
| CENTRO DE SALUD  |
| TELÉFONO CONTACTO | E-MAIL |
|  |
| **Expongo:**Que deseo ser tutor/a de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Llerena- Zafra, y me comprometo a mantener dicha condición durante dos años desde la fecha del nombramiento, excepto variaciones substanciales de mis condiciones laborales.Que conozco el programa oficial de la especialidad en EFyC (BOE nº:157 de 29 de Junio de 2010), y considero estar capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la especialidad.Que me comprometo a someterme a los mecanismos de evaluación y auditoría de mi ejercicio profesional y actividad docente que establezca la Comisión de Acreditación de Tutores, así como a reacreditarme cuando se me solicite.Que realizaré un plan de tutorización estructurada y continuada, así como el plan individualizado de formación de mis residentes.Que realizaré los informes de seguimiento y evaluación recomendados por la Comisión de Docencia y que participaré en la evaluación anual de mis residentes.Que es cierta toda la información aportada en la presente solicitud y en los méritos que se adjuntan. |
|  |
| **Solicito,**Que me sea concedida la tutoría de Enfermería Familiar y Comunitaria para la formación de residentes de esta especialidad. |
| Firmado, |
| En , a de de 20 |
|  |

|  |
| --- |
| **MÉRITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE NUEVOS TUTORES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (ANEXO I)** |
|  |
| **MÉRITOS INDISPENSABLES** |
| Actualmente desarrollo mi actividad profesional en un centro de salud acreditado para la formación sanitaria especializada. |
| Actualmente me encuentro en situación de servicio activo y por más de un año en el Centro de Salud acreditado |
| Tengo la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (opcional) |

**ASPECTOS GENERALES**

|  |
| --- |
| **DATOS ACADÉMICOS** |
| **TITULACIÓN** | Diplomatura/ Grado en Enfermería | **AÑO:** |
| **UNIVERSIDAD** |   |
| **DATOS LABORALES** |
| TOTAL DE AÑOS COMPLETOS EN CONTINUIDAD EN CENTRO ACTUAL DE TRABAJO |   |
| CENTRO DE SALUD | FECHA DE INCORPORACIÓN |
| ESTATUTARIO FUNCIONARIO INTERINO SUSTITUTO |

**ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

|  |
| --- |
| **ACTIVIDAD ASISTENCIAL** |
| Número de T.S.I.  | Nº (aproximado) Pacientes/Día  |
| **ATENCIÓN CONTINUADA**: SI NO |
|  |
| **REALIZA CONSULTA PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD:** SI NO |
|  |
| **REALIZA CONSULTA PROGRAMADA EN DOMICILIO:** SI NO |
|  |
| **RESPONSABLE DE ALGÚN ÁREA EN EL EAP DE LA CARTERA DE SERVICIO:** SI NO |
| (Especificar) |
| PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS: |
|  SI NO | Especificar: |
|  |
| **¿PARTICIPAS REGULARMENTE EN LAS SESIONES DE EQUIPO EN SU CENTRO DE SALUD?** |
|  SI NO | Especificar: |
|  |
| OTROS MÉRITOS RESEÑABLES SOBRE ASPECTOS GENERALES (tesis, máster, experiencias universitarias, otras responsabilidades o puestos de trabajo desempeñados... etc): |
|   |

|  |
| --- |
| **ÁREA CLÍNICA** |
| **¿PARTICIPAS EN GRUPOS DE TRABAJO Y/O EN COMISIONES? (en los últimos 5 años):** |
|  SI NO  | Especificar: |
| **¿PARTICIPAS EN PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD?** |
|  SI NO | Especificar: |
| RECICLAJES REALIZADOS (en últimos 5 años estancias en otros centros/servicios) |
| **Año** | **Institución o Servicio** | **Duración** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| FORMACIÓN CONTINUADA EN EL ÁREA CLÍNICA (En los últimos 5 años): Han de ser cursos o seminarios organizados y debidamente acreditados por las Unidades Docentes, Sociedades Científicas, Universidades o entidades de reconocida solvencia profesional con programa editado, control de asistencia, evaluación y certificado. Han de estar relacionados con el ámbito de la Atención Primaria. En caso de duda, la Comisión de Acreditación decidirá que cursos pueden ser computados. |
| TITULO | ORGANIZADOR | FECHA | CRÉDITOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA CLÍNICA (Iniciativas innovadoras, proyectos desarrollados...):** |
|  |

|  |
| --- |
| **ÁREA DE INVESTIGACIÓN** |
| FORMACION CONTINUADA EN RELACION A LA INVESTIGACIÓN (En los últimos 5 años)Cursos debidamente acreditados por organismos competentes y dirigidos a aumentar los conocimientos en Metodología de Investigación, Búsqueda Bibliográfica, Lectura Crítica, Bioestadística, Herramientas Informáticas, etc. |
| TÍTULO | ORGANIZADOR | FECHA | HORAS | CRÉDITOS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| COMUNICACIONES QUE UD. HA PRESENTADO:  |
| AUTOR/ES | TÍTULO | CONGRESO O JORNADA | AÑO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| PUBLICACIONES DE INTERÉS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS QUE HA PARTICIPADO: |
| AUTOR/ES | TÍTULO | CONGRESO O JORNADA | AÑO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| ¿PARTICIPA ACTUALMENTE EN ALGÚN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN? |
|  SI NO | Especificar: |
| ¿HA RECIBIDO ALGUNA BECA Y/O PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN SU CARRERA PROFESIONAL? |
|  SI NO | Especificar: |
| OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA INVESTIGADORA: |
|  |

|  |
| --- |
| **ÁREA DOCENTE** |
| FORMACION CONTINUADA EN RELACION A LA CAPACITACION DOCENTE (En los últimos 5 años): Cursos debidamente acreditados por organismos competentes y dirigidos a aumentar la capacitación docente: cursos de formación de formadores, cursos de metodología docentes, entrevista clínica, razonamiento clínico, cursos de tutorización... |
| TÍTULO | ORGANIZADOR | FECHA | HORAS | CREDITOS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| EXPERIENCIA DOCENTE ( cursos IMPARTIDOS): |
| TÍTULO | ORGANIZADOR | FECHA | CRÉDITOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| **EXPERIENCIA COMO COLABORADOR/TUTOR DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA** |
|  SI NO | Especificar Periodos (años):  |
| **COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA:** |
|  SI NO | Especificar Periodos (años):  |
| OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA DOCENTE: |
|  |

|  |
| --- |
| **PROYECTO DE TUTORIZACIÓN** |
| ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA. PLANTEAMIENTO ORGANIZATIVO DE LA CONSULTA INTEGRANDO LAS ACTIVIDADES DOCENTES (Opcional). |
|  |
| ACTIVIDADES INVESTIGADORAS PROPUESTAS (Opcional): |
|  |
| **¿POR QUÉ QUIERE SER TUTOR?** |
|  |
| **¿EN QUE ÁREAS LE GUSTARÍA RECIBIR FORMACIÓN PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE SU LABOR DE TUTORIZACION?** |
|  |
| Fecha: | Firma: |