



NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DNI	CENTRO DE SALUD DOCENTE	
TELÉFONO	e-mail	

SOLICITUD DE TUTORÍA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Don/Doña:

solicito ser **TUTOR/A** en la formación de los Médicos/Enfermeras 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 Documento Base para la Regulación del Procedimiento de Acreditación de Tutores en Formación Especializada. El no cumplimiento de lo anterior dará lugar a la suspensión del reconocimiento en cuestión.

ESPECIALIDAD SOLICITADA

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EXPONGO:

Que deseo ser tutor/a en la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Badajoz y me comprometo a mantener dicha condición durante los años requeridos según normativa vigente desde la fecha de nombramiento, excepto variaciones substanciales de mis condiciones laborales.

Que conozco el programa oficial de la Especialidad, 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.

SOLICITO:

Que me sea atendida la solicitud de tutorización para la formación de residentes de esta especialidad.

Fecha	Firmado
<input type="text"/>	<input type="text"/>