

CONSTANCIA DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Buenos Aires, ____ de _____ de _____

Por medio de la presente se deja constancia que

con DNI _____, aprobó su Residencia en

Durante el período comprendido desde _____ hasta _____

Cumpliendo con la cantidad de horas _____ totales ⁽¹⁾ presenciales de formación profesional en la práctica y las guardias establecidas por Programa, acorde a la Reglamentación Nacional vigente del Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1993/2015 ⁽²⁾ y sus modificatorias Resolución 190/2023 ⁽³⁾, art. 9° y 10° ⁽⁴⁾

Responsable del Programa formativo

Coordinación de Docencia e Investigación

(1)

Residencias de 2 años de duración: 4920 horas totales presenciales
Residencias de 3 años de duración: 7380 horas totales presenciales
Residencias de 4 años de duración: 9840 horas totales presenciales
Residencias de 5 años de duración: 12300 horas totales presenciales

(2) <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-1993-2015-254649/actualizacion>

(3) <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/281225/20230214>

(4) ARTÍCULO 9°.- CARGA HORARIA: Los residentes cumplirán una carga horaria diaria de hasta nueve (9) horas de lunes a viernes, en el horario que determine el establecimiento en el que realice su programa de formación

ARTÍCULO 10°.- GUARDIA Y DESCANSO POST-GUARDIA: Los residentes, en aquellos casos en que los objetivos de aprendizaje así lo requieran y bajo la supervisión que corresponda al nivel de autonomía alcanzado, complementarán su carga horaria realizando las guardias que figuren en su programa de formación....)

Solo tienen validez las constancias con firmas y sellos originales