



## ANEXO I- SOLICITUD DE HOMOLOGACION



D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Titular de la Oficina de Farmacia (OF) o Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital (SFH):

sita en: \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, Número \_\_\_\_\_,

Localidad \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Licenciado por la Facultad de Farmacia de \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_

Colegiado número \_\_\_\_\_

### **MANIFIESTA:**

Que deseando adscribirse como centro receptor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo con el Convenio firmado entre la Universidad Católica de San Antonio y el Colegio Oficial de Farmacéuticos o/y Hospitales de la Región que dispongan de Servicio de Farmacia Hospitalaria.

### **SOLICITA:**

Ser homologado, tal como establece la Normativa de Prácticas Tuteladas, para lo cual declara que la OF o el SFH:

- La OF lleva abierta al público o el SFH lleva prestando servicios, al menos, dos años inmediatos anteriores a la solicitud de homologación.
- Dispone de programa informático de gestión.
- Realiza tareas de dispensación de fórmulas magistrales.
- Permanece abierta al público la OF o desarrolla actividad el SFH, al menos 35 horas semanales.
- Dispone de bases de datos de medicamentos (BOT PLUS) y otras fuentes de información.
- Desarrolla actividades de atención farmacéutica.

Igualmente declara que el Farmacéutico tutor D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, dispone de una experiencia de, al menos, dos años como farmacéutico en OF o en SFH y que se compromete a estar presente en la OF o en el SFH en horario coincidente con el del alumno tutelado.

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Farmacéutico titular de la OF o Jefe del SFH y sello de la OF o SFH