



Facultad de Medicina
Anexo 2

SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN

D./D.^a _____

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 de Murcia y el Colegio Oficial de Farmacéuticos o/y Hospitales de la Región

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.^a _____, 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