



ANEXO IV

Solicitud de llamado de Excepción para Recertificación Especialidad Farmacia Hospitalaria

A Presidencia Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.

Farm.....

La /El que suscribe

Farm.....

DNI.....MP.....de

Pcia.....

Certificado como Especialista en Farmacia Hospitalaria el DD /MM /AAAA con vencimiento el 31 /diciembre /AAAA (las fechas corresponden a las que figuran en el certificado otorgado por certificación)

Ante la imposibilidad de presentarme personalmente, ni dar cumplimiento a la opción mencionada en el punto **e) de los requisitos de inscripción** del reglamento vigente , para acceder al llamado de fecha DD/MM /AAAA, solicito se me conceda como excepción, una nueva fecha para realizar el proceso de Recertificación, estando de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidas en el reglamento vigente Art 3 De llamado de excepción por cumplir con los criterios expresados y contar con la correspondiente documentación respaldatoria , declarando su autenticidad y veracidad

Acepto someter la solicitud en virtud del motivo que aquí declaro :

.....
.....
.....
.....
.....

Quedo a la espera de lo resuelto por el Jurado actuante y se me notifique formalmente de ello, a los efectos de estar dispuesto a someterme a proceso de evaluación en día hora y fecha que AAFH lo disponga.

Declaro estar informada/o que en caso de no asistir al llamado de excepción, deberé proceder conforme al Artículo de Reglamento para conservar el estatus de Especialista.

FIRMA

DNI

MP

JURISDICCIÓN