



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO FISCALIZACION DE EFECTORES

PERSONAL DE ENFERMERIA (3) (4) QUE SE DESEMPEÑA A LA FECHA EN:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: DOMICILIO: TE: LOCALIDAD

LA PRESENTE DOCUMENTACION DEBE LLEVAR AFORO POR \$1 (PESOS UNO) DE BANCO PROVINCIA DE CORDOBA EN CADA HOJA

En caso de Geriátricos, indicar N° de camas de Autodependientes: Semidependientes: Dependientes

APELLIDO Y NOMBRES	TITULO Según consta en certificado de estudio (1)	OTORGADO POR	N° DE MATRICULA Otorgada por la Pcia. de Córdoba	N° DE DOCUMENTO	LUGAR DE TRABAJO (2)	FIRMA	V° B° MATRICULACIONES

La presente información tiene carácter de DECLARACION JURADA.

(1) Personal de Enfermería de Unidades de Terapia Intensiva deben ser profesionales.

(2) Internado, Quirófanos, Consultorios Externos, U.T.I. (adultos, neonatal, coronaria, etc.), Emergencia por Unidades Móviles, Diálisis.

(3) Personal de Enfermería de Servicios Médicos de Emergencia por Unidades Móviles deben acompañar certificado/s autenticado/s que acrediten 2 años de entrenamiento en U.T.I. o Unidad Coronaria. Personal de Enfermería de Diálisis deben acompañar certificado/s autenticado/s que acrediten 6 meses de experiencia en Unidades de Diálisis.

(4) En caso de actualización, dar información completa de nuevo personal (ALTAS) e indicar solo nombres de las BAJAS.

.....

Fecha:

Firma del Director Técnico:

Aclaración: