

Al Córdoba,
REGISTRO del SISTEMA PROVINCIAL DE ACREDITACIÓN de Residencias del
Equipo de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

El que suscribe.....
D.N.I.Nº, con domicilio en
....., de la ciudad de
en mi carácter de (apoderado – propietario- director del Departamento de Docencia -
docente) del

Establecimiento
con domicilio en
de la ciudad
propiedad
y bajo la **Dirección Técnica** de

M.P. Nº vengo por el presente a solicitar la inscripción y
acreditación del programa de la Residencia en Salud que represento, destinada a la
formación de posgrado en

..... a cuyo fin acompaño
el poder correspondiente a efectos de acreditar la representación invocada, así como
la documentación pertinente conforme a la normativa aplicable.

Que en el carácter invocado declaro conocer y aceptar la Ley N° 6.222,
Decreto N° 33/08 y Resolución Ministerial N° 015/09, Ley N° 7872 Modificada por Ley
8677, Decreto N° 657/08 y Resolución Ministerial 394/09, formulando adhesión
expresa e irrevocable a los principios que los informan, obligando a mi mandante a su
cumplimiento irrestricto.

Que asimismo, comprometo a mi representada, a cumplir con los
requisitos de acreditación y categorización del Programa de formación con las normas
dictadas y que dicte ese Ministerio.

Se adjunta a la presente **ANEXO I**, con los datos complementarios
solicitados y **ANEXO II** con declaración jurada del Director Técnico.

En razón de lo expuesto solicitamos tenga presente esta solicitud de
inscripción en ese Registro y en consecuencia se nos expida la habilitación
correspondiente.

Apoderado o propietario

Firma

Aclaración

NOTA: El Apoderado o propietario deberá acreditar su personería con la correspondiente documentación que acredite su
identidad.