

	<b>Solicitud de estudio para el reconocimiento de actividades SRPF</b>		Código: <b>R-EEP-359</b>
			Página 1 de 1
	<b>Estandarización del Ejercicio Profesional</b>		Versión No 1
Elaborado por: <i>Dra. Yajaira Quesada</i>	Revisado por: <i>Dr. Jean Carlo Apuy</i>	Aprobado por: <i>Dra. Yajaira Quesada</i>	Fecha Aprobado: <i>12 de noviembre, 2024</i>

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

AÑO QUE ACREDITA: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Anexo a esta solicitud las siguientes fotocopias de atestados**			PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN*
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	HORAS	CRÉDITOS OBTENIDOS
<b>TOTAL</b>			

\*Comisión de Recertificación Profesional Farmacéutica.

\*\*Doy fe que los datos y documentos suministrados son ciertos y me doy por enterada de que cualquier omisión o falsedad podría provocar atrasos, rechazos o inconvenientes en el trámite del incentivo que estoy solicitando.

Firma Solicitante	Firma Recibido	Sello

Aprobado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____	Número de acta: ____-____
Se acredita el año ____ del periodo ____/____ con un total de ____ créditos.		

FIRMA DEL COORDINADOR: \_\_\_\_\_

Ci: Interesado.