

REQUISITOS

Todo profesional con más de 5 (cinco) años de graduado, que aspire a obtener su certificación y autorización de uso del certificado correspondiente, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Estar matriculado en la jurisdicción a la que pertenece
2. Acreditar adecuadas condiciones éticas y morales en el ejercicio profesional.
3. Alcanzar un mínimo de 50 (cincuenta) créditos considerando todos los antecedentes correspondientes a su historia profesional o aprobar el examen de competencia, en la modalidad que se establezca, de acuerdo con las especificaciones de este reglamento

PROFESIONAL FARMACÉUTICO

1. Fotocopiar: título de grado, postgrado, constancia de matriculación, certificados de Cursos, jornadas u otra actividad educativa EN SALUD (como docente o alumno) ; actuación profesional EN SALUD Armado de carpetas para presentación a Certificación o Re certificación Entidad Federada publica el llamado.

2. Llenado de solicitud de adhesión y Formulario de antecedentes profesionales (impreso y Cd-diskette)

3. Solicitar a autoridad competente los certificados ético-profesionales de todo su ejercicio en cada jurisdicción correspondiente.

A. fecha de convocatoria a certificación - re certificación: marzo y/o setiembre.

B. Armado de carpeta: 1) solicitud de adhesión: llenado de anexo 1 (primera hoja de la carpeta) con letra imprenta clara y legible, firma y aclaración del profesional solicitante (sello claro y legible).

2) Original de certificado actuación profesional y ético expedido por autoridad competente de desempeño actual (vigencia: hasta 2 meses anteriores a la fecha de convocatoria). En este certificado debe constar nombre del establecimiento, cargo ocupado y periodo trabajado (con detalle de fechas).

3) Original de certificado actuación profesional y ético expedido por autoridad competente de cada jurisdicción donde haya ejercido.

-No se admitirán notas emitidas por el propio establecimiento (salvo institución pública reconocida), recibos de sueldo o comprobantes de aportes jubilatorios como certificados de ejercicio profesional. En caso de presentar sanción ética o profesional NO CERTIFICA hasta tanto caduque la misma.

4) Fotocopia de constancia de matriculación en la jurisdicción en la que ejerce (expedido por entidad competente - ministerio de salud, colegio o consejo farmacéutico - actualizado a fecha de convocatoria

5) fotocopia de título profesional farmacéutico

6) fotocopia de título de carrera de post-grado afín a farmacia.

7) Formulario de antecedentes profesionales (se adjunta como apartado 2; no se considerará todo aquella actividad no consignada en este formulario). En impreso y formato electrónico (Cd, diskette) hasta tanto se instrumente el cargado on-line.

8) Fotocopia de certificados autenticados de:

- Educación ambiental
- Actividad docente
- Producción académica, científica y educativa
- Actividad institucional
- Otros antecedentes relacionados a la actividad farmacéutica

No se admitirán certificados de actividades de educación que hayan sido realizados a priori de la obtención del título de farmacéutico. Todas las fotocopias deben estar certificadas con la leyenda "ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL" con firma del responsable del colegio farmacéutico, juez de paz, policía o escribano.

C. Revisar la cumplimentación de los pasos anteriores por parte del colega. (carpeta completa).

D. Enviar por e-mail los anexos 2 en formato electrónico a **cnc@cofa.org.ar** (como respaldo torio a la información de los Cd-diskettes presentados por el profesional) hasta tanto se formalice el cargado on-line.

E. Completar la nota de envío de carpetas al CNC-COFA para su evaluación (apartado 3). F. Envío de las carpetas en tiempo y forma (no deberá superar el 31 de marzo o el 30 de setiembre) con el Listado de chequeo de información contenida en la carpeta (Apartado 4)

ANEXO 1

CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA SOLICITUD DE ADHESION VOLUNTARIA A LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION

Expediente Nº CNC-.....

El/la que suscribe, Farmacéutico/a (apellido y nombre).....

.....Matrícula Nº.....expedida por el COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE...o Ministerio(s/corresponda). Documento de Identidad (tipo y número).....con ejercicio profesional en (entidad laboral)..... con el cargo de.....con domicilio profesional en..... Nº.....Piso..... Dto.....

Teléfonos.....E-mail.....

Código Postal..... Localidad.....Provincia.....con domicilio particular en..... Nº.....Piso..... Dto..... Teléfonos.....Email.....

Código postal.....Localidad.....

Provincia..... manifiesta conocer y aceptar el Reglamento General de Certificación y Re certificación

Profesional de la Confederación Farmacéutica Argentina y solicita se inicien los trámites para su (CERTIFICACION O RECERTIFICACION)..... profesional.

En (localidad)....., a los.....días del mes de.....del año....., se firma el presente en carácter de declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

Firma.....

Aclaración.....

APARTADO 2 : FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES.

TIPO DE MODALIDAD ACREDITABLE .

Ejercicio Profesional en: (marcar con una cruz): Farmacia comunitaria, Droguería, Distribuidora
Industria Hospital , Herboristería, Oficina de inspección ,Gabinete de auditoria, otras
actividades.

DETALLE (incluir lugar y período o fecha):

OBSERVACIONES DEL CNC:

APARTADO 3

..... de..... de.....

Sr. PRESIDENTE CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA

S...../.....D.

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a UD., y por su intermedio al CNC-COFA, a los efectos de
presentar.....número de carpetas/expedientes) carpetas del llamado a Certificación/Re
certificación del mes de....., correspondientes a los siguientes profesionales.

Nº de Orden

Apellido y nombre

Matricula

APARTADO 4

Listado de chequeo de información contenida en la carpeta a enviar a CNC-COFA

CONDICIONES PARA CERTIFICAR

- 1-solicitud de adhesión
- 2- certificado de actuación profesional y ético actual
- 3- certificado de actuación profesional y ético anteriores
- 4-fotocopia de constancia de matriculación
- 5- fotocopia de título profesional
- 6- fotocopia de titulo de carrera de post-grado
- 7- formulario de antecedentes profesionales
- 8-fotocopias de certificados autenticados