**ANEXO III**

**SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN DE TUTORES DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA:**

**Marque la casilla del procedimiento por el que opta:**

|  |
| --- |
| * ACREDITACIÓN
* REACREDITACIÓN
 |

**1.- DATOS PERSONALES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.1. Primer Apellido | 1.2. Segundo Apellido | 1.3. Nombre | 1.4. Sexo.V M |
| 1.5. NIF | 1.6. Teléfono 1 | 1.7. Teléfono 2 | 1.8. Domicilio (calle o plaza, nº) |
| 1.9. Correo electrónico | 1.10. Localidad | 1.11.Provincia | 1.12. Código Postal |

**2.- DATOS PROFESIONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1. Especialidad | 2.2. Centro de trabajo |
| 2.3. Localidad | 2.4. Provincia |

**3.- DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA:**

|  |
| --- |
| * DECLARACIÓN RESPONSABLE (según modelo de Anexo IV)
* PROPUESTA DE PROYECTO DOCENTE (según modelo de Anexo V)
* AUTOEVALUACIÓN DE MÉRITOS CURRICULARES (según modelo de Anexo VI)
* RELACIÓN DE MÉRITOS
* MEMORIA DOCENTE (Anexo VII)
 |

**SOLICITA**

QUE, ACEPTANDO EN SU TOTALIDAD LAS CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA EFECTUADA POR ESTA RESOLUCIÓN, LE SEA ADMITIDA LA PRESENTE SOLICITUD Y CONCEDIDA LA (ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COMO DOCENTE DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA POR EL PERÍODO DE CUATRO AÑOS, EN LA ESPECIALIDAD DE…………………….

**(Firma del solicitante)**

**En…………………a…de……………….de 20…**

*De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL PROFESIONALES, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.*

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE………………………………………………………………**

**ANEXO IV**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre |
| Especialidad | Centro de Trabajo |
| Localidad | Provincia |

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA PRESENTE CONVOCATORIA Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES DE APLICACIÓN

**DECLARO RESPONSABLEMENTE**

REUNIR LOS REQUISITOS PARA OPTAR A LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN COMO TUTOR DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA Y QUE SON CIERTOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD Y DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

En…………………….., a…..de……………………..de 20……

(Firma del solicitante)

*De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL PROFESIONALES, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.*

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE……………………………………..……**

**ANEXO V**

**PROPUESTA DE PROYECTO DOCENTE**

PRESENTADO POR:

ESPECIALISTA EN:

LUGAR DE TRABAJO (Gerencia y Servicio/Equipo de Atención Primaria):

**A. OBJETIVOS**.

**1. OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD:**

1.1. Área clínico-asistencial.

Se incluirá el itinerario formativo de la especialidad y aquellos aspectos que sea necesario tener en cuenta para elaborar el plan individual de formación del residente.

1.2. Área docente.

Para fomentar la actividad docente del residente, se fijará como objetivo a conseguir por el especialista en formación, la impartición de al menos 4 sesiones formativas (clínicas, bibliográficas) por año, con las adaptaciones necesarias según su calendario de rotaciones.

1.3. Área investigadora.

El profesional reflejará las medidas a adoptar para fomentar la actividad investigadora del residente para que al final del periodo de residencia haya realizado al menos una comunicación y una publicación. Igualmente, se proporcionará al residente la información necesaria que facilite su incorporación a líneas y/o grupos de investigación del centro o el área.

1.4. Área de gestión.

Para fomentar la competencia de gestión del residente, el profesional reflejará la información que es necesario transmitir al residente para que al final de la residencia haya participado en:

* Actividades relacionadas con la gestión de la calidad, ciclos de mejora, gestión de procesos.
* Conocimiento y manejo del sistema informático de historia clínica.

**2. OBJETIVOS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DOCENTE:**

El profesional reflejará su participación en el cumplimiento de las funciones de tutor en relación con la unidad docente, destacando las siguientes actuaciones:

* Propuesta o en su caso actualización del itinerario formativo tipo de la especialidad.
* Colaboración en el seguimiento del Plan de Gestión de Calidad Docente.
* Colaboración en la elaboración de la memoria de la unidad docente.
* Propuesta de actividades de mejora de la calidad docente y participación en su desarrollo.

**B. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE LA FORMACIÓN.**

El profesional reflejará las actuaciones que considera necesarias para realizar un óptimo seguimiento del aprendizaje del residente así como para comprobar el cumplimiento del programa de la especialidad, destacando las siguientes actuaciones:

* Seguimiento periódico, continuado y estructurado con el residente, detallando la previsión de realizar entrevistas tutor-residente (al menos 4 al año) y la supervisión del libro del residente.
* Valoración y seguimiento de la asunción progresiva de responsabilidades por el residente.
* Seguimiento del itinerario formativo del residente y propuesta de rotaciones del programa o complementarias, según precise.
* Seguimiento de la actividad docente e investigadora del residente.
* Planteamiento de acciones de mejora y/o recuperación sobre el plan individual de formación del residente.

**C. EVALUACIÓN**

El profesional reflejará su participación como tutor en el proceso de evaluación del residente a través de:

* Conocimiento de los informes de evaluación de las rotaciones del residente asignado.
* Valoración del cumplimiento del Plan Transversal Común por parte del residente.
* Elaboración del informe anual de evaluación formativa que valore el progreso del residente.

*De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL PROFESIONALES, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.*

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE …………………………………………**

**ANEXO VI**

**AUTOEVALUACIÓN DE MÉRITOS CURRICULARES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. FORMACIÓN** | **MODO DE CÁLCULO** | **AUTO-EVALUACIÓN** | **EVALUACIÓN COMISIÓN DE DOCENCIA** |
| **1.1. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA** | 1.1.1.FORMACIÓN ACREDITADA EN TEMAS GENERALES: Puntuación máxima de este apartado: **4 puntos**Por la realización de actividades de formación continuada acreditadas sobre temas de la especialidad, bioética, calidad y metodologías de investigación en los últimos 10 años, para acreditación y en los últimos 4 años para reacreditación. | **0.4 puntos por crédito**Resultado= Suma de los créditos de formación continuada de este apartado de los últimos 10 ó 4 años por 0.4 puntos, (hasta un **máximo de 4 puntos)** |  |  |
| 1.1.2. FORMACIÓN ACREDITADA ESPECÍFICA EN DOCENCIA: Puntuación máxima de este apartado: **4 puntos**Por la realización de actividades de formación continuada acreditadas sobre temas de metodologías docentes, de evaluación, motivación y técnicas de comunicación en los últimos 10 años para acreditación y en los últimos 4 años para reacreditación. | **0.8 puntos por crédito**Resultado= Suma de los créditos de formación continuada de este apartado de los últimos 10 ó 4 años por 0.8 puntos (hasta un **máximo de 2 puntos)** |  |  |
| **1.2. SISTEMA DE OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA** | Vía especialista en formación (MIR, EIR, PIR, FIR, BIR). | 2 puntos |  |  |
| Otra vía. | 1 puntos |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. DOCENCIA** **(para la reacreditación se bareman los méritos de los últimos 4 años)** | **MODO DE CÁLCULO** | **AUTO-EVALUACIÓN** | **EVALUACIÓN COMISIÓN DE DOCENCIA** |
| **2.1. ACTIVIDADES DOCENTES DE FORMACIÓN** | Participación como docente en actividades de formación (cursos, seminarios...)  | Por cada hora impartida =0.20 puntos |  |  |
| Participación como docente en sesiones clínicas/ bibliográficas  | 0.5 puntos por sesión |  |  |
| **2.2. EXPERIENCIA EN TUTORIZACIÓN** | **2.2.1. EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA EJERCIENDO LA TUTORÍA COMO:** |  |  |  |
| TUTOR TIEMPO (años)  | Por cada año como tutor= 2 puntos |  |  |
| TUTOR DE APOYO TIEMPO (años)  | Por cada año como tutor de apoyo= 1 punto |  |  |
| COLABORADOR DOCENTE TIEMPO (años)  | Por cada año como colaborador =0.5 puntos |  |  |
| **2.2.2. EN FORMACIÓN DE GRADO COMO**  |  |  |  |
| CATEDRÁTICO, PROFESOR TITULAR O PROFESOR ASOCIADO TIEMPO (años)   | Por cada año académico = 1 punto |  |  |
| COLABORADOR EN PRÁCTICAS TIEMPO (años)  | Por cada año académico como colaborador = 0.5 puntos |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. INVESTIGACIÓN** **(para la reacreditación se bareman los méritos de los últimos 4 años)** | **MODO DE CÁLCULO** | **AUTO-EVALUACIÓN** | **EVALUACIÓN COMISIÓN DE DOCENCIA** |
| **3.1.PARTICIPACIÓN EN LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**  | **Por haber participado o participar actualmente en algún trabajo de investigación**  | Por cada trabajo = 2 puntos |  |  |
| **3.2. DIRECCIÓN Y/O PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS, TESIS O TESINAS** | Estar en posesión del título de doctor. | 4 puntos |  |  |
| Dirección de tesis  | Por tesis dirigida = 2 puntos |  |  |
| Codirección de tesis  | Por tesis codirigida = 1 punto |  |  |
| **3.3. PUBLICACIONES Y/O COMUNICACIONES** | Comunicaciones (oral y póster) a congresos y reuniones científicas  | Por comunicación = 1 punto |  |  |
| Publicaciones científicas | Por publicación = 2 puntos |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. GESTIÓN CLÍNICA** **(para la reacreditación se bareman los méritos de los últimos 4 años)** | **MODO DE CÁLCULO** | **AUTO-EVALUACIÓN** | **EVALUACIÓN COMISIÓN DE DOCENCIA** |
| **4.1. RESPONSABILIDAD EN DOCENCIA** | Jefe de Estudios  | Por cada año = 3 puntos |  |  |
| Responsable de calidad e investigación en docencia.  | Por cada año = 2 puntos |  |  |
| Tutor Coordinador de Unidad Docente | Por cada año = 1 punto |  |  |
| Tutor Coordinador de Dispositivo  | Por cada año = 0.5 puntos |  |  |
| **4.2. MIEMBRO DE DIFERENTES COMISIONES** | Miembro de la Comisión de Docencia  | Por cada año = 2 puntos |  |  |
| Miembro de comisiones o grupos de calidad  | Por cada año = 1 punto |  |  |
| Colaboraciones en grupos de trabajo de la Comisión de Docencia (grupos para la mejora)  | Por colaboración realizada = 1 punto |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTUACIÓN TOTAL (1+2+3+4)** |  |

**ANEXO VII**

**MEMORIA DOCENTE: ACTIVIDADES Y OBJETIVOS CUMPLIDOS SEGÚN PROYECTO DOCENTE PREVIO.**

PRESENTADO POR:

ESPECIALISTA EN:

LUGAR DE TRABAJO (Gerencia y Servicio/Equipo de Atención Primaria):

LA ACTIVIDAD REALIZADA EN EL ÚLTIMO CUATRIENIO COMO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SE DETALLA EN LOS APARTADOS SIGUIENTES:

**OBJETIVOS:**

**ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE LA FORMACIÓN:**

**EVALUACIÓN:**

**En…………………….., a…..de……………………..de 20……**

**(Firma del solicitante)**

*De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL PROFESIONALES, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.*

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE………………………………………………**