

Fecha:/ 2019.

CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EVALUACIÓN FAVORABLE ESPECÍFICA EN LAS ÁREAS DE DESEMPEÑO

| | CI ha trabajado en actividades de apoyo en la siguiente área de |
|------------------------------------|--|
| desempeño: | |
| (MARCAR SOLO UNA) | |
| Auxiliar Paramédico de Odontolog | ıjía |
| Auxiliar Paramédico de Farmacia | |
| Auxiliar Paramédico de Alimentac | ión |
| Auxiliar Paramédico de Enfermerí | a |
| Auxiliar Paramédico de Radiología | a e Imagenologìa |
| Auxiliar Paramédico de Laboratorio | o Clínico y Servicios de Sangre |
| Auxiliar Paramédico de Esterilizac | sión |
| Auxiliar Paramédico de Anatomía | Patológica. |
| meses), desde// (i | o durante un periodo de |
| • | rientación, inducción y formación de competencias en dicha área r profesionales de salud responsables del área que se señala. |
| • | idoneidad en el desempeño de las siguientes actividades de strativa del profesional de la salud(Señalar nico del área: |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| | para dar cumplimiento a lo establecido en el D.S. Nº90/2015, que rcicio de las profesiones auxiliares de la medicina, odontología, |
| | |
| (Nombre completo, CI, firma | a y timbre del director técnico o jefe del servicio que suscribe). |