

Sol·licitud Activitat Formativa Observacional /
Solicitud Actividad Formativa Observacional /Application for Observational training period
SOL·LICITANT/ SOLICITANTE / APPLICANT

Cognom/Apellido /Surname		Nom/ Nombre /First Name	
Nacionalitat /Nacionalidad/Nationality	País/País / Country	DNI/Passport	
Mòbil/Móbil / Mobile phone	e-mail		

DADES ACADÈMIQUES / DATOS ACADÉMICOS / ACADEMIC DATA

Grau Acadèmic/Grado Académico /Academic degree	Universitat / Universidad /University	Data/Fecha /Date
Especialitat / Especialidad /Specialty	UD.Lloc Formació/ UD. Lugar de Formación / Training place	Data/ Fecha/Date

DADES PROFESSIONALS / DATOS PROFESIONALES / PROFESSIONAL DATA

Hospital/Centre Treball /Hospital / Lugar de Trabajo / Hospital / Center of work	
Unitat / Unidad/ /Unit	Càrrec / Categoria professional / Cargo /Status:
Ciutat/Ciudad/ City/Town	País/País/ Country

PERIODO de FORMACIÓN SOLICITADO/TRAINING PERIOD REQUESTED

Especialitat de Destí /Especialidad de Destino /Destination specialty		
Unitat /Unidad/ Unit	Data d'inici/Fecha inicio /Start data	Data de finalització/Fecha de finalización / End data

Objectius de l'AFO / Objetivos de la AFO / Objectives of training period:

-
-
-

Activitats proposades per dur a terme per assolir els objectius / Actividades propuestas a realizar para alcanzar los objetivos / Activities proposed to carry out to meet the objectives

-
-
-

Declaració Responsable i Compromís

Senyor Senyora. «NOM» «COGNOMS», amb núm. /passaport «PASSAPORT DNI» demana ésser acceptat per la Comissió Docent del Consorci Sanitari Integral per a un Programa de Formació Avançada a la «SERVEI UNITAT», sota la supervisió del «Responsable de la Formació », entre el «DES_DEL» a «FINS_AL» .

I per la present declara haver llegit i entès les normes establertes pel Consorci Sanitari Integral per a l'acceptació de la seva Activitat Formativa Observacional:

1. Aquesta acceptació no estableix cap relació laboral amb l'hospital. No percebrà cap tipus de retribució ni compensació econòmica del CSI.
2. Disposa de mitjans propis per cobrir la seva estada, renunciant a qualsevol tipus de compensació econòmica per part de l'hospital.
3. Realitzarà l'horari i les activitats pactades amb el cap del servei i respectarà les normes i reglaments de règim intern del Consorci Sanitari Integral, inclosa la política de Prevenció de Riscos Laborals en protecció de les seves condicions de salut i benestar.
4. No podrà signar documentació mèdica, ni es farà responsable de l'assistència dels pacients ingressats, en els ambulatoris o urgències.
5. Es compromet a que NO accedirà a dades dels pacients i no exercirà en cap cas cap tasca assistencial ni interacció professional amb el pacient. Es limitarà a l'observació de la tècnica, prova o procediment quirúrgic
6. Només podrà observar pacients que donin expressament el seu Consentiment Informat
7. Es compromet a no enregistrar cap imatge durant la totalitat de la seva AFO
8. Té una vinculació laboral de caràcter professional amb alguna institució pública o privada en el moment de fer l'estada.
9. Accedeix a les instal·lacions del CSI amb l'exclusiva finalitat de formació i reciclatge, en cap cas aquesta esdevindrà una relació laboral
10. Declara no patir cap malaltia infecto-contagiosa a l'inici de l'activitat formativa.
11. Es compromet a fer lectura i compliment de la Normativa en matèria de Seguretat i Salut Laboral que li serà facilitada al inici de l'Activitat formativa observacional en el CSI.
12. Es compromet a seguir en tot moment les indicacions en matèria de Seguretat i Salut, del seu responsable de Formació en el centre del CSI, en relació a la seva activitat formativa.
13. Aporta una carta de la Institució on treballen (Direcció General o Gerència) o d'una Societat Científica que avaluï la seva professió i exercici donat que el CSI no té competències per validar títols oficials
14. En cas de no disposar-ne, per la present fa una declaració responsable que avala la seva titulació i exercici actual que hi manifesta. El CSI es reserva el dret de considerar-la suficient com acreditativa
15. Per la present fa una declaració responsable de que Disposa d'una pòlissa d'accidents i d'una assegurança que cobreix l'assistència mèdica i d'una assegurança de responsabilitat civil. No s'aplica el règim d'assegurances de les lleis laborals, ja que no hi ha cap contracte laboral amb CSI.
16. Les activitats en què participi seran, en tot cas, planificades, dirigides, supervisades i qualificades per professionals que prestin serveis a la unitat assistencial en què es realitzi les pràctiques.
17. Ha llegit i signat i aporta l'acord de confidencialitat. (annex 1)
18. Eximeix l'hospital de tota mena de queixes per malaltia o accident. Té una assegurança mèdica contractada a aquest efecte.
19. Acceptarà la revocació que l'hospital pugui realitzar en qualsevol moment de la situació actual.

Signatura del sol · licitant

Data

Declaración Responsable y Compromiso

Señor Señora. «NOMBRE» «APELLIDOS» , con núm. /pasaporte «PASAPORTE DNI» pide ser aceptado por la Comisión Docente del Consorcio Sanitario Integral para un Programa de Formación Avanzada en la «SERVICIO UNIDAD», bajo la supervisión del “Responsable de la Formación”, entre el día.....hasta el día.....Y por la presente declara haber leído y entendido las normas establecidas por el Consorcio Sanitario Integral para la aceptación de su Actividad Formativa Observacional:

1. Esta aceptación no establece relación laboral alguna con el hospital. No percibirá ningún tipo de retribución ni compensación económica del CSI
2. Dispone de medios propios para cubrir su estancia, renunciando a cualquier tipo de compensación económica por el hospital.
3. Realizará el horario y las actividades pactadas con el jefe del servicio y respetará las normas y reglamentos de régimen interno del Consorci Sanitari Integral, incluida la política de Prevención de Riesgos Laborales en protección de sus condiciones de salud y bienestar.
4. No podrá firmar documentación médica, ni se hará responsable de la asistencia de los pacientes ingresados, en ambulatorios o urgencias.
5. Se compromete a que NO accederá a datos de los pacientes y no desempeñará en ningún caso ninguna tarea asistencial ni interacción profesional con el paciente. Se limitará a la observación de la técnica, prueba o procedimiento quirúrgico
6. Sólo podrá observar pacientes que den expresamente su Consentimiento Informado
7. Se compromete a no grabar ninguna imagen durante la totalidad de su AFO
8. Debe tener alguna vinculación laboral de carácter profesional con alguna institución pública o privada en el momento de realizar la estancia.
9. Accede a las instalaciones del CSI con la exclusiva finalidad de formación y reciclaje, en ningún caso ésta se convertirá en una relación laboral
10. Declara no padecer enfermedad infecto-contagiosa al inicio de la actividad formativa.
11. Se compromete a realizar lectura y cumplimiento de la Normativa en materia de Seguridad y Salud Laboral que le será facilitada al inicio de la Actividad formativa observacional en el CSI.
12. Se compromete a seguir en todo momento las indicaciones en materia de Seguridad y Salud, de su responsable de Formación en el centro del CSI, en relación con su actividad formativa.
13. Debe aportar una carta de la Institución donde trabajan (Dirección General o Gerencia) o de una Sociedad Científica que avale su profesión y ejercicio dado que el CSI no tiene competencias para validar títulos oficiales
14. En caso de no disponer de ella, por la presente hace una declaración responsable que avala su titulación y ejercicio actual que manifiesta. El CSI se reserva el derecho de considerarla suficiente como acreditativa
15. Por la presente hace una declaración responsable de que dispone de una póliza de accidentes y un seguro que cubra la asistencia médica y de una póliza de responsabilidad civil. No se aplica el régimen de seguros de las leyes laborales, ya que no hay ningún contrato ni vinculación laboral con el CSI
16. Las actividades en las que participe serán, en todo caso, planificadas, dirigidas, supervisadas y cualificadas por profesionales que presten servicios en la unidad asistencial en la que se realice las prácticas.
17. Ha leído y firmado y aporta el acuerdo de confidencialidad. (anexo 1)
18. Exime al hospital de todo tipo de quejas por enfermedad o accidente. Tiene un seguro médico contratado al efecto.
19. Aceptará la revocación que el hospital pueda realizar en cualquier momento de la situación actual.

Firma del Solicitante
Fecha

Responsible Statement and Commitment

Sir Madam "NAME" "SURNAMES", with no. /passport "DNI PASSPORT" requests to be accepted by the Teaching Committee of the Integral Health Consortium for an Advanced Training Program at "UNIT", under the supervision of Dr. "Training Manager", from "this day" to "this day".

And hereby declares to have read and understood the rules established by the Integral Health Consortium for the acceptance of its Observational Training Activity:

1. This acceptance does not establish any employment relationship with the hospital. You will not receive any type of remuneration or financial compensation from the CSI
2. He has his own means to cover his stay, renouncing any type of financial compensation from the hospital.
3. Will carry out the schedule and activities agreed with the head of the service and will respect the rules and regulations of the internal regime of the Integral Health Consortium (CSI) including the Occupational Risk Prevention policy in protection of their health and well-being conditions.
4. He will not be able to sign medical documentation, nor will he be responsible for the assistance of admitted patients, in outpatients or emergencies.
5. He undertakes that he will NOT access patient data and will not perform any healthcare work or professional interaction with the patient under any circumstances. It will be limited to the observation of the surgical technique, test or procedure
6. He will only be able to observe patients who expressly give their Informed Consent
7. You agree not to record any images during the entirety of your AFO
8. Must have a professional employment relationship with a public or private institution at the time of the stay.
9. Access the CSI facilities for the exclusive purpose of training and retraining, under no circumstances will this become an employment relationship
10. Declare not to suffer from any infectious-contagious disease at the start of the training activity.
11. He undertakes to read and comply with the Occupational Health and Safety Regulations that will be made available to him at the start of the observational training activity at the CSI.
12. He undertakes to follow at all times the instructions regarding Health and Safety, from his Training Manager at the CSI, in relation to his training activity.
13. They must provide a letter from the Institution where they work (General Directorate or Management) or from a Scientific Society that endorses their profession and exercise given that the CSI does not have powers to validate official degrees
14. If you do not have one, you hereby make a responsible declaration that endorses your qualification and current practice as stated therein. The CSI reserves the right to consider it sufficient as proof
15. You hereby make a responsible declaration that you have an accident policy and insurance covering medical assistance and a civil liability policy. The insurance regime of labor laws does not apply, since there is no contract or employment relationship with the CSI.
16. The activities in which he participates will, in any case, be planned, directed, supervised and qualified by professionals who provide services in the care unit where the internship takes place.
17. He has read and signed and provides the confidentiality agreement. (annex 1)
18. Exempts the hospital from all kinds of complaints due to illness or accident. He has health insurance taken out for this purpose.
19. It will accept the revocation that the hospital can make at any time in the current situation.

Signature of the applicant
Date