

**Reglamento de Pasantías en Calidad de Visitante Observador**  
**del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra"**

La Dirección y la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra", interesados en realizar una educación continua, donde la preservación de La Salud del niño/a sea origen y razón de su labor, ofrece la posibilidad de pasantías en calidad de **Visitante Observador**, destinado a los **Profesionales del Equipo de Salud**. Por un periodo de hasta 6 meses **no renovables "SIN EXCEPCION"**. **Las cuales serán no remuneradas.**

**Se incorporará un pasante por Servicio, Sala o Unidad por período.**

El Jefe de Servicio, Sala o Unidad será el responsable directo del pasante y diagramará la modalidad de trabajo y el régimen de asistencia.

El profesional que acceda a la modalidad de Visitante Observador, participará de todas las actividades docentes organizadas por el servicio, sala o unidad y las acciones asistenciales solo las observará.

Las áreas del Hospital que reciban pasantes serán todas aquellas que desarrollen un **Programa de Capacitación** y tengan las posibilidades operativas y docentes de recibir a los visitantes.

Al finalizar su período en el Hospital el pasante realizará una devolución en forma de investigación, protocolos de actualización, investigación científica, normativas, etc.

Se entregará Certificado de Asistencia firmado por el jefe de servicio/ sala / unidad y la Unidad de Docencia e Investigación.

Los interesados en realizar esta actividad deberán presentar:

- Nota de solicitud del postulante dirigida al Jefe de Docencia e Investigación donde especificará los objetivos de la pasantía y el Servicio/ Sala y/o Unidad elegida. Si el postulante es de otra Institución (pública o privada) adjuntará nota del Director de la Institución fundamentando el pedido, destacando el interés y el beneficio que brindará a su regreso.
- La nota debe incluir el ANEXO 1.

Si es aceptada su solicitud, se le informará vía mail o telefónicamente día y hora para presentar ante la Unidad de Docencia e Investigación la siguiente documentación:

- Ver ANEXO 2
- Firmar un "**Compromiso entre Partes**" donde deja constancia que su presencia es en carácter de **Visitante Observador** de las actividades asistenciales, eximiendo al Hospital de toda responsabilidad respecto de los accidentes y/o enfermedades que puedan ocurrirle durante su permanencia.
- Realizar la evaluación personal con el jefe de servicio sala o unidad respectiva para establecer modalidad de trabajo y régimen de asistencia.

**Informes:** Unidad de Docencia e Investigación

**ANEXO 1**

**Formulario de admisión para Pasantías en Calidad de Visitante Observador**

La Plata, .../.../....

Apellido y nombre completo:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

Tel/Fax:

E – Mail:

Profesión:

Título expedido por:

Si pertenece a otra Institución cargo que ocupa:

Servicio, Sala o Unidad solicitada para la pasantía:

Firma del solicitante

**Apartado para Docencia e Investigación**

Fecha de notificación al solicitante:

Observaciones:

Período de visita: desde.....hasta.....

- Firma jefe de Servicio, Sala o Unidad. ....
- Firma coordinadora de DeI.....
- Firma Dirección.....

## ANEXO 2

**Documentación que debe entregar el Profesional ante la Unidad Docencia e Investigación para inicio de la Pasantía**

- Fotocopia de título profesional legalizada.
- Fotocopia DNI 1ra. y 2da hoja.
- Fotocopia matricula profesional.
- Currículum Vitae.
- Certificado de ética expedido por Colegio profesional
  
- ART (Seguro de Riesgo de Trabajo) con cobertura en el Hospital zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra".
- Seguro de mala praxis.
  
- Vacuna hepatitis B y doble viral.

### **Compromiso entre Partes**

En la Ciudad de La Plata a los ...días del mes de.....de .....el/la Dr/a..... en calidad de..... del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra" cito en Calle 8 N° 1689 de la Ciudad de La Plata y..... DNI N°..... en calidad de Pasante Observador quien se comprometen por medio del presente a cumplir y aceptar las condiciones establecidas en el reglamento de Pasantías ( se adjunta con la presente) en calidad de Visitante Observador del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel. H. Sbarra", dejándose expresa constancia que la presencia del pasante exime al Hospital de toda responsabilidad respecto de los accidentes y/o enfermedades que puedan ocurrirle durante su permanencia ya que el profesional para firmar el compromiso acompaña los puntos 5, 6 y 7 del Anexo 2 (ART, seguro de mala praxis y vacunas) ..... En la fecha se firman dos ejemplares del presente del mismo tenor y a un solo efecto.

Firma Director

Firma Pasante