



Reglamento de Pasantías en Calidad de VISITANTE OBSERVADOR

del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra"

La Dirección y la Sala 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 realizar pasantías en calidad de **Visitante Observador**, destinadas a Profesionales del Equipo de Salud, por un periodo de hasta 6 meses **no renovables**. Estas pasantías como Visitante Observador serán **no remuneradas**.

La recomendación será incorporar **un pasante por Servicio, Sala, Unidad, Área por período**. En caso de que la Jefatura del Servicio, Sala, Unidad, Área por la que se solicite rotar acepte más de un Visitante Observador deberá **garantizar el cumplimiento del plan de capacitación vigente**.

El Jefe de Servicio, Sala, Unidad, Área 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, Unidad, Área y solo observará las acciones asistenciales.

Las áreas del Hospital que reciban pasantes serán todas aquellas que desarrollen un **Programa de Capacitación** y tengan las posibilidades operativas y docentes de cumplir con él.

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

Se entregará Constancia de Asistencia firmado por el Jefe de Servicio, Sala, Unidad, Área y de la Sala de Docencia e Investigación.

La Dirección del Hospital, la Sala de Docencia e Investigación y el Jefe inmediato, tienen la facultad de **suspender la Pasantía** cuando se detecte incumplimiento a las pautas y/o reglamento establecidos.

Los interesados en realizar esta actividad deberán presentar:

- Nota de solicitud del postulante dirigido al Jefe de Docencia e Investigación donde especificará los objetivos de la pasantía y el Servicio, Sala, Unidad, Área 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 ir acompañada del **Anexo 1** completado.

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

- La documentación detallada en el **Anexo 2**
- Firmar un "**Compromiso entre Partes**" (**Anexo 3**) donde se 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 entrevista con el Jefe de Servicio, Sala, Unidad, Área respectiva para establecer modalidad de trabajo y régimen de asistencia.

Informes: Sala de Docencia e Investigación
Lunes a viernes de 8 a 13 hs - Te. 457-3497 int 127
Email: docenciasbarra@gmail.com



ANEXO 1

Formulario de solicitud para realizar 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, Unidad, Área 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, Unidad, Área:
- Firma Jefe de SDeI:.....
- Firma Dirección:.....



ANEXO 2

<p style="text-align: center;">Documentación que debe entregar el Profesional en la Sala de Docencia e Investigación al inicio de la Pasantía</p>

1. Fotocopia de **título profesional** legalizada (o constancia de título en trámite)
2. Fotocopia **DNI** (1ra. y 2da hoja / frente y dorso)
3. Fotocopia Matrícula profesional.
4. **Currículum Vitae.**
5. **Certificado de ética** expedido por el Colegio Profesional.
6. **ART** (Seguro de Riesgo de Trabajo) con cobertura en el Hospital zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra", por el período que dure la pasantía.
7. **Seguro de mala praxis.**
8. Certificado de las **vacunas** para: Hepatitis B, Doble Viral, Antigripal, Covid.



ANEXO 3

Compromiso de partes

En la Ciudad de La Plata a los ... días del mes de..... de 202....., la Dra. Liliana Fishkel, en calidad de **Directora Ejecutiva** del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra", cito en Calle 8 Nº 1689 de la Ciudad de La Plata y DNI Nº..... en calidad de **Pasante Observador**, firman dos ejemplares del presente del mismo tenor y a un sólo efecto.

....., en calidad de Pasante Observador se compromete por medio del presente a cumplir y aceptar las condiciones establecidas en el Reglamento de Pasantías en calidad de Visitante Observador (*se adjunta al presente*) 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).

Firma Pasante

Firma Director Hospital