



PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR, POR UN PROFESIONAL DEL HUCS, UNA ESTANCIA FORMATIVA EN OTRO CENTRO. (NO MIR)

El presente procedimiento regula la autorización para profesionales sanitarios del HUCS que quieran realizar estancias formativas en Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Se podrá autorizar estancias formativas temporales a graduados y especialistas en Ciencias de la Salud “en activo”, que cumplan los siguientes requisitos:

REQUISITOS:

- Estar en posesión del título de graduado universitario y/o de especialista requerido.
- Tener en el momento de la realización de la estancia formativa, y durante el período que dure de la misma, una vinculación laboral de carácter profesional con el HUCS, en la categoría profesional que solicita la estancia.
- Las estancias tendrán un máximo de 12 meses.

INSTRUCCIONES

1º El solicitante previa conformidad de la Jefatura de Servicio o Sección o Bloque del HUCS, contacta con el Jefe /a de Servicio o de sección o Bloque del Centro de destino en el que quiere realizar la estancia y acuerda los objetivos de aprendizaje, tutor y las fechas exactas en que desea estar en el Hospital.

2º. El solicitante enviará al Jefe de Servicio o de Sección donde quiere realizar la estancia y a la Unidad de Formación del HUCS (docencia.hcs.sspa@juntadeandalucia.es), **el anexo I y el Anexo II** tal como se detalla a continuación:

1. **Anexo I. Solicitud por el profesional** indicando el periodo de tiempo que desea estar en el Hospital y sus datos de contacto (dirección personal y profesional, e-mail, nº de teléfono y fax), junto con la titulación de referencia. Esta se deberá enviar al menos 15 días antes del comienzo de la estancia.
2. **Anexo II. Informe favorable del Jefe de Servicio del servicio del HUCS**, aceptando y recomendando su estancia, con visto bueno de la Dirección Médica o de Enfermería según proceda.
3. **Anexo III. Autorización de la estancia por la Dirección Gerencia o persona en quién delegue, del Hospital de destino.** El solicitante recabará la autorización de la Dirección Gerencia o persona en quién delegue, del centro de destino, para la realización de la Estancia Formativa.

3º. **La estancia formativa, seguirá el procedimiento de acción formativa externa. El solicitante lo deberá solicitar** por Gesforma: acciones formativas externas. Se indicará en tipología formativa que es una Estancia y se adjuntará los anexos I, II y III indicados anteriormente con sus firmas correspondientes. Esta **Estancia deberá ser autorizada mediante resolución emitida desde Gesforma por la Direccion Gerencia del HUCS.**

4º Cuando se finalice la estancia, **es necesario que se adjunte una memoria de la actividad en Gesforma**, firmada por el solicitante y por el tutor (indicando el nombre, cargo y que ha sido tutor), en documento oficial con logo del Hospital donde se ha realizado la estancia, y con sello del mismo. Éste requisito es solicitado por plataforma de Málaga para justificar la estancia de cara a posible fiscalización de intervención.

La Unidad de Formación le puede asesorar en este proceso.

ANEXO I

SOLICITUD DE ESTANCIA FORMATIVA PARA PROFESIONALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL QUE QUIEREN REALIZAR UNA ESTANCIA FORMATIVA

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre

DNI _____ Teléfono _____ Móvil

Dirección

—

Correo electrónico

DATOS ACADÉMICOS

Titulación _____

Especialidad _____

DATOS PROFESIONALES

Centro de trabajo actual

Población _____
Provincia _____

UGC / Servicio

Categoría _____
Puesto _____

DATOS ESTANCIA FORMATIVA SOLICITADA

U.G.C y/o Servicio solicitado

Unidad/ Sección solicitada (si la conoce)

Periodo formativo solicitado: Fecha Inicio _____ Fecha Fin ⁽²⁾

Cronograma: Días/semana _____ Horario:

Nombre del Tutor: _____

Nombre Superior Tutor: _____ ¿Tiene Visto bueno para la
estancia por el Cargo intermedio del centro de destino? _____

OBJETIVOS ESPECÍFICOS A ALCANZAR DURANTE LA ESTANCIA FORMATIVA

ACTIVIDADES QUE SOLICITA REALIZAR EN LA ESTANCIA FORMATIVA

DOCUMENTOS QUE APORTA (marcar los recuadros correspondientes)

- ① Fotocopia del título de graduado universitario y/o especialista
- ① Informe favorable del Jefe de Servicio / Sección o de Bloque según proceda, del HUCS. (Anexo II)

En, a de..... de 20.....

Fdo.Solicitante: _____

En aplicación del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados en el fichero "Estancias Formativas" propiedad del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con fines exclusivamente de autorizar estancias formativas en el Centro. En cualquier caso, podrá ejercitar sus derechos de acceso, cancelación y rectificación en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 dirigiendo una petición escrita al Responsable del Servicio de Desarrollo Profesional del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Si la estancia es autorizada, se debe solicitar por gesforma del HUCS como acción formativa externa.

ANEXO II. INFORME FAVORABLE DEL JEFE SERVICIO O JEFE DE BLOQUE DEL HUCS

APARTADO 1 DATOS DEL INTERESADO EN LA ESTANCIA FORMATIVA

Nombre y Apellidos:

Nacionalidad:

DN/NIE ó Pasaporte:

Titulación:

Centro donde presta servicios:

Actividad desarrollada:

APARTADO 2 DATOS ESTANCIA FORMATIVA

Fechas solicitadas:

Servicio/ Unidad Clínica solicitada:

Actividad solicitada:

Periodo formativo solicitado: Fecha Inicio _____ Fecha Fin _____

Especificación de objetivos de aprendizaje:

APARTADO 3 PERTINENCIA DE ESTANCIA FORMATIVA

Explique brevemente los motivos y expectativas que le ha llevado a elegir el centro de destino

APARTADO 4 DATOS DE LA DIRECCION DEL CENTRO DE ORIGEN

La jefatura de _____, de acuerdo con los datos que se contienen en el presente escrito manifiesta su conformidad con la estancia formativa solicitada

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo: Jefe Servicio

V^a. B^o. DIRECCIÓN MEDICA

Fdo.: _____

Fecha:

Unidad de Formación Continua
DIRECCION Económica Administrativa
Hospital Universitario Costa del Sol

**Anexo III. AUTORIZACIÓN ESTANCIA FORMATIVA EN EL HOSPITAL
..... (A rellenar por la Dirección Gerencia o persona a quién
delegue, del Hospital de destino).**

En relación a la solicitud recibida de D./Dña., con
DNI:, FEA o Enfermero/a de, adscrito al
Hospital Universitario Costa del Sol de fecha por la que solicita
una estancia formativa en el Servicio de
..... del Hospitalcon el
objeto de adquirir y actualizar conocimientos en:

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Esta Dirección Gerencia o persona a quién delegue, ha considerado
AUTORIZAR dicha solicitud por lo que puede incorporarse en la fecha indicada.

Periodo de estancia: en horario de
..... a horas. Y para que conste a efectos de iniciar el periodo
formativo, se firma la presente.

FDO. EL/A DIRECTOR/A GERENTE O PERSONA A QUIÉN DELEGUE, DEL
HOSPITAL

D. _____

Fecha: _____

