Lugar y fecha……..

Sociedad Argentina de Dermatología
CONADER
Av. Callao 852 -2P
CABA
S/D

Por la presente, el que subscribe, jefe del Servicio de Dermatología (o responsable docente de la unidad académica) del hospital ……., de la localidad de…… tiene el agrado de dirigirse a Uds. a fin de solicitar la acreditación del servicio frente a la Sociedad Argentina de Dermatología mediante la presentación ante el Consejo Nacional de Dermatología (CONADER) de acuerdo a los reglamentos vigentes.

Acompaña a la presente a modo de declaración jurada los formularios correspondientes y documentación solicitada que se detallan al pie. Estos deberán presentarse debidamente firmados por el jefe del Servicio (o responsable docente de la unidad académica) y por el Director del hospital.
Sin otro particular.

Firma y sello del Jefe
o responsable docente de la Unidad

A continuación se detalla la documentación actualizada a presentar al solicitar la acreditación, sin la cual no se llevará a cabo la visita de pares evaluadores del CONADER. Estos formularios pueden obtenerse en el sitio www.sad.org.ar/conader

- ☐ Grilla de acreditación
- ☐ Fichas docentes (instructores)
- ☐ Número de consultas mensuales promedio del Servicio del último año calendario (enero-diciembre)
- ☐ Número de procedimientos mensuales promedio del Servicio del último año calendario (enero-diciembre)
- ☐ Memoria académica del Servicio (ítems 34 a 37 de la Grilla de acreditación) de los últimos dos años)