



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Anexo Disposicion

Número:

Referencia: ANEXO VII - CARTA DE AVAL- TELEMEDICINA PROCAFA

ANEXO VII

MODELO DE CARTA DE AVAL DE DIRECTOR Y JEFE DE SERVICIO PARA LA POSTULACIÓN

Aclaración: quien firma la nota, debe estar dispuesto a respaldar con información probatoria los antecedentes que señala sobre el postulante. Importante: acompañar fotocopia DNI y copia de la designación del cargo que reviste.

Fecha y lugar (completar)

Instituto Nacional del Cáncer (INC)

Dirección Nacional

Presente

Por medio de la presente es nuestra intención avalar institucionalmente la postulación de la/el profesional _____ (completar con nombre/s y apellido/s de quien realiza la postulación), con DNI N° _____ y matrícula nacional/provincial N° (completar sin colocar puntos), en la CONVOCATORIA A BECAS DE CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CÁNCER "ENTRENAMIENTO EN ASESORAMIENTO GENÉTICO EN ONCOLOGÍA MEDIANTE TELEMEDICINA. TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA DE CONOCIMIENTOS A MÉDICOS/AS EN SITUACIÓN DE CONSULTA CLÍNICA", promovida por el Instituto Nacional del Cáncer.

En línea con el Programa de la Beca, quien postula posee (detallar las habilidades, conocimiento y experiencia profesional) para desarrollar las actividades relacionadas con el perfil profesional solicitado).

Comprendiendo la estructura de la capacitación planteada, los requerimientos de articulación y adhiriendo a los objetivos de la Convocatoria respecto del fortalecimiento de los equipos de salud en el país, la institución se compromete a:

- Habilitar un consultorio de AGO en la agenda ambulatoria institucional, perteneciente al área de (completar con el nombre del servicio(sección correspondiente), con personal administrativo para agenda de turnos
- Dotar al consultorio de computadora con conexión a internet que posea monitor, parlantes y micrófono para posibilitar la conexión visual y auditiva a distancia. Que además cuente con plataformas digitales para conexión en tiempo real
- Garantizar el efectivo funcionamiento del consultorio de AGO y las consultas que en este se atiendan a cargo de (completar con nombre/s y apellido/s de quien realiza la postulación), según la modalidad de prestación de servicios que se encuentre vigente
- Dar continuidad al consultorio de AGO una vez finalizado el período de capacitación
- Promover y apoyar la inclusión del consultorio de AGO a la Red Argentina de Cáncer Familiar (RACAF)

Saluda a usted muy atentamente.

Firma Director/a de la Institución

Aclaración

DNI

Firma Jefe/a de Servicio del/la postulante

Aclaración

DNI