



Universidad Nacional
del Nordeste



FACULTAD
DE MEDICINA
Universidad Nacional
del Nordeste

**RESOLUCIÓN N° 883/21 - D. -
CORRIENTES, 07 de mayo de 2021.-**

VISTO:

El Expte. N° 10-2021-01416, por el cual el Sub Secretario de Post Grado de esta Facultad de Medicina, Méd. Raúl Ricardo Encina, eleva el Circuito y Modalidad para tramitar la Certificación de Programas de Residencias de Salud, que gestionen los egresados de esta Facultad de Medicina, para tramitar la reválida u homologación de certificaciones en el extranjero; y

CONSIDERANDO:

Que fundamenta la solicitud, en la necesidad de agilizar los trámites que actualmente se realizan, adaptándose los mismos a un sistema sustentado en la virtualidad;
Que la documentación requerida, debe ser física y con firmas originales;
Las atribuciones conferidas al suscripto;

**EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
R E S U E L V E :**

ARTÍCULO 1°.- Establecer que los trámites de Certificación de Programas de Residencias de Salud, que gestionen los egresados de esta Facultad de Medicina, para tramitar la reválida u homologación de certificaciones en el extranjero, se realizarán en forma virtual y se regirán por el circuito que se detalla a continuación, por las razones enunciadas precedentemente:

1. Los interesados deberán solicitar al Decanato de esta Facultad de Medicina al mail: mesanotificaciones@med.unne.edu.ar, por nota (cuyo modelo se adjunta) más el comprobante de pago y copia del Certificado de finalización de la Residencia.
2. El interesado deberá abonar un arancel de \$ 5.000,00 a la Asociación Cooperadora de la Facultad de Medicina, el que depositará en la Cuenta de la misma, debiendo adjuntar el comprobante de pago a la nota de presentación. (Datos Cuenta: Banco de Corrientes S.A. – Cuenta Corriente en pesos: 130943-1 – CBU: 09400993 10001309430016 – CUIT: 30-65334153-5).
3. La Sub Secretaría de Post Grado realizará la impresión y certificación de los programas.
4. El plazo para la tramitación, será de 15 días hábiles, aproximadamente.
5. Una vez finalizada la tramitación, se citará a la parte interesada vía mail, para el retiro de la documentación, la que deberán presentar en la Secretaría General de Académica de la Universidad Nacional del Nordeste, para la Certificación de firmas.

ARTÍCULO 2°.- Aquellas solicitudes presentadas, que no correspondan a un Programa de Residencias de Salud, aprobado por el H. Consejo Directivo de esta Facultad de Medicina, el monto en concepto de pago de arancel, será devuelto a la parte interesada.

ARTÍCULO 3°.- Regístrese, comuníquese y archívese.-

Prof. JUAN JOSÉ DI BERNARDO
Secretario Académico

Cas.

Prof. GERARDO OMAR LARROZA
Decano



*Universidad Nacional
del Nordeste*



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

CORRIENTES,.....

Al señor Decano de la
Facultad de Medicina de la
Universidad Nacional del Nordeste
Prof. GERARDO OMAR LARROZA
S U D E S P A C H O

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con el objeto de solicitarle la **Certificación del Programa de Residencias de Salud** para realizar trámites de Reválida/Homologación en el Extranjero, adjuntándose la documentación que se detalla:

- COPIA DEL TÍTULO DE GRADO.
- ESPECIALIDAD.
- FECHA DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA RESIDENCIA.
- INSTITUCIÓN DONDE SE DESEMPEÑÓ COMO RESIDENTE.

Firma:.....

Aclaración de Firma:.....

D.N.I. N°:.....

Mail:.....