* Sempre que o candidato adquirir uma competência numa instituição diferente da principal, o responsável pertencente à instituição principal deverá também atestar a formação, assinando o documento suportado por declarações assinadas pelos tutores das outras instituições, onde deverá ser feita referência ao número de horas, conteúdos e conhecimentos adquiridos, bem como à classificação final atribuída.
* Sempre que o tempo mínimo de formação não estiver definido, o candidato deverá aplicar a referência “Não Aplicável”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identificação do candidato | | | |
| Nome |  | | |
| Telemóvel |  | n.º Carteira Profissional |  |
| Local de trabalho atual |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formação Profissional  áreas da farmácia hospitalar | | | |
| 1. Processos logísticos do medicamento e produtos de saúde | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | |
| Local/Locais |  | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | **Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2** |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
| 1. gestão do medicamento e produtos de saúde | | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | | |
| Local/Locais |  | | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | **Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2** |  | |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | | |
|  |  | | | |
| 1. distribuição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde | | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | | |
| Local/Locais |  | | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2 | |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| 1. farmacotecnia / controlo de processos | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | |
| Local/Locais |  | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2 |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | |
|  |  | | |
| 1. farmácia clínica / cuidados farmacêuticos | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | |
| Local/Locais |  | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | **Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2** |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| 1. farmacoterapia aplicada | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | |
| Local/Locais |  | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | **Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2** |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | |
|  |  | | |
| 1. qualidade e segurança do utente | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | |
| Local/Locais |  | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | **Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2** |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |  |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| 1. investigação | | | |
| tempo de Serviço  (horas, semanas, Meses, anos) |  | | |
| Local/Locais |  | | |
| Nome completo DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  | | |
| **Carteira Profissional do(s) responsável(eis)** |  | **Avaliação/Avaliações qualitativa(s) 2** |  |
| N.º do Título de Especialista em Farmácia hospitalar – OF DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) |  |
| **assinatura do(s) responsável(eis) 1** |  | | |

|  |
| --- |
| 1. outras informações com interesse para a farmácia hospitalar |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identificação do(s) Diretor(es) de serviço | | | |
| Nome completo |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Telemóvel |  | n.º Carteira Profissional  e  N.º DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM FARMÁCIA HOSPITALAR – OF |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Assinatura |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |