



INTERCAMBIO “CIUDADES HERMANAS” San Carlos de Bariloche – Aspen

BASES Y CONDICIONES del PROGRAMA MEDICO:

1. Podrán participar de los programas de Intercambios Médicos todos los profesionales , técnicos y agentes no profesionales que se desempeñen en relación con el Hospital Zonal Ramón Carrillo ya sea personal de planta o contratado.
2. Para calificar en primera instancia los profesionales, técnicos y agentes no profesionales, deberán reunir los siguientes requisitos:
 - Completar la solicitud de intención de viajar a Aspen donde debe constar el objetivo del viaje y su repercusión en la tarea que desempeña en relación con el hospital.
 - Compromiso de devolución en capacitación o practicas, y/o presentar las devoluciones realizadas en anteriores intercambios.
 - Buena conducta dentro de la institución.
 - No tener sanciones disciplinarias.
 - Debe tener buenas cualidades de embajador, reconocidas por sus pares y jefes y por los resultados de las entrevistas.
 - Deberán tener dominio del idioma inglés en un nivel que les permita la comunicación.
3. Los profesionales y técnicos seleccionados deben estar dispuestos a recibir a los profesionales de Aspen, y participar de los eventos y/o reuniones que formen parte del programa.
4. La primera selección de profesionales y técnicos estará a cargo del servicio del que formen parte.
5. La segunda selección será supervisada por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Ramón Carrillo y la dirección del hospital.
6. Finalmente **El COMITÉ de CIUDADES HERMANAS de SAN CARLOS de BARILOCHE es el organismo que tiene la decisión final en todos los casos.**
7. Los profesionales seleccionados para viajar deberán abonar una cuota de membresía, como aporte administrativo por cada programa de Sister Cities Bariloche-Aspen que integren.

REGLAMENTO INTERNO:

Entiendo que mi participación en el programa de intercambio a Aspen es un **privilegio** y que debo representar como **embajador** a la institución que me avala, a la Ciudad de San Carlos de Bariloche, así como a mi comunidad; la cual me permite formar parte de una delegación de intercambio.

Teniendo esto presente, me comprometo a:

1. Aceptar y acatar todas las reglas y procedimientos del **COMITÉ DE CIUDADES HERMANAS**.
2. Aceptar y acatar todas las reglas y procedimientos que me sean dadas por el **SUB COMITÉ** que represento.
3. Aceptar todas las indicaciones que me sean dadas por mis acompañantes, y anfitriones.
4. Participar activamente en **todos** los eventos programados, tanto científicos y culturales, como todos aquellos que los organizadores del intercambio consideren importantes.
5. Cumplir con los horarios preestablecidos para todo tipo de actividades durante los traslados y estadía del viaje.
6. Respetar las normas de convivencia de la familia que me aloja, ya que soy su “huésped”.
7. Entiendo y acepto todas las prohibiciones de fumar y o consumir alcohol en lugares no permitidos, o drogas de cualquier tipo.
8. Asistir a **todas** las actividades y salidas obligatorias, salvo enfermedad u otros motivos justificados.
9. En caso de inactividad física por lesiones o enfermedad, me comprometo a aceptar otra actividad alternativa.
10. Por último, el **Comité local**, de la ciudad donde me encuentre, tiene facultades para **repatriarme** en caso de incumplimiento de algunos de los puntos de dicho **reglamento**.

FECHA:.....

FIRMA DEL ASPIRANTE.....

FIRMA COMITÉ “SISTER CITIES”.....