**Documento de conformidad de la Dirección del Hospital**

D./Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de Director/a Médico/a del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Comunidad Autónoma de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CERTIFICA:**

Que conoce que el centro hospitalario, arriba indicado, va a participar en el proceso de auto-certificación y auditoria de equipos PROA promovido por el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (PRAN), coordinado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). La participación en este proceso implica que el centro proporcione información sobre la implantación y los resultados del Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA).

Que acepta la participación del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en este proceso y que el responsable será el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, coordinador del PROA en el centro.

Lo que firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.