

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### C) Otras Disposiciones

#### Consejería de Sanidad

- 11 *RESOLUCIÓN de 30 de octubre de 2013, de la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, por la que se ordena la publicación de impreso normalizado.*

Por Resolución de 11 de abril de 2012, del Director General de la extinta Agencia “Pedro Laín Entralgo” para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, se ordenó la publicación de los modelos oficiales a utilizar en el procedimiento de acreditación de la formación continuada sanitaria en la Comunidad de Madrid (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 94, de 20 de abril de 2012, página 72).

Tras la transferencia de las funciones de la Agencia “Laín Entralgo” a la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias (Decreto 112/2012, de 11 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 22/2008, de 3 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad), se ha procedido a efectuar mejoras técnicas en la aplicación informática que gestiona el procedimiento de presentaciones telemáticas de las solicitudes de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias.

Para facilitar la gestión documental, rápida resolución y notificación al interesado del resultado de su solicitud, es imprescindible modificar los formularios oficiales vigentes para adaptarlos al nuevo diseño de la aplicación informática utilizada.

Considerando lo establecido en el Decreto 85/2002, de 23 de mayo [Anexo Único, Criterio 14, apartado h)], por el que se regulan los sistemas de evaluación de calidad de los servicios públicos y se aprueban los criterios de calidad de la actuación administrativa en la Comunidad de Madrid, establece la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID por resolución del órgano correspondiente, los impresos normalizados de procedimientos administrativos, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano.

Y en virtud de la normativa citada y otras regulaciones de pertinente aplicación, en el ejercicio de las competencias atribuidas,

#### RESUELVO

##### Único

##### *Publicación de impresos*

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, de los modelos de solicitud que se adjuntan como Anexo 1, Anexo 2 y Anexo 3, y cuyos códigos y denominaciones oficiales son las siguientes:

- Modelo 888F1 “Solicitud de Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias”.
- Modelo 888FO1 “ANEXO I: Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias. Solicitud Actividad de Carácter Presencial”.
- Modelo 888FO2 “ANEXO II: Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias. Solicitud Actividad de Carácter no Presencial/Mixta”.

En Madrid, a 5 de noviembre de 2013.—El Director General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias.



DG de investigación, Formación e Infraestructuras  
Sanitarias

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

### Solicitud de Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias

#### 1.- Actividad

Nombre actividad						
Tipo actividad	<input type="radio"/> Presencial		<input type="radio"/> No Presencial		<input type="radio"/> Mixta	
Formato actividad	<input type="radio"/> Curso	<input type="radio"/> Congreso	<input type="radio"/> Seminario	<input type="radio"/> Jornada	<input type="radio"/> Taller	<input type="radio"/> Otras
Contenido temático	<input type="radio"/> Práctica clínica	<input type="radio"/> Gestión sanitaria/calidad	<input type="radio"/> Salud Pública	<input type="radio"/> Docencia	<input type="radio"/> Investigación	<input type="radio"/> Otras
Nº máximo alumnos			Nº máximo horas lectivas (1)			
Profesión Universitaria a la que se dirige (indicar todas las que aplique)	<input type="checkbox"/>	Biología (esp. Sanitaria)	<input type="checkbox"/>	Bioquímica (esp. Sanitaria)		
	<input type="checkbox"/>	Enfermería	<input type="checkbox"/>	Farmacia		
	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Logopedia		
	<input type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>	Nutrición Humana y Dietética		
	<input type="checkbox"/>	Odontología/Estomatología	<input type="checkbox"/>	Optica-Optometría		
	<input type="checkbox"/>	Podología	<input type="checkbox"/>	Psicología Clínica		
	<input type="checkbox"/>	Química (esp. Sanitaria)	<input type="checkbox"/>	Radio Física Hospitalaria		
	<input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Veterinaria		
Formación Profesional a la que se dirige (indicar todas las que aplique)	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Anatomía Patológica y Citología	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Dietética		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Documentación Sanitaria	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Higiene Bucodental		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Imagen para el Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Ortoprotésica	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Prótesis Dentales		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Radioterapia	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Salud Ambiental		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Audioprótesis	<input type="checkbox"/>	T. en Cuidados Auxiliares de Enfermería		
	<input type="checkbox"/>	T. en Farmacia y Parafarmacia	<input type="checkbox"/>	T. en Emergencias Sanitarias		

(1) Deberían indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos

#### 2.- Tipo de solicitud:

<input type="radio"/> A – Nueva actividad	(Para entidades que no hayan solicitado previamente ninguna acreditación)
<input type="radio"/> B – Nueva actividad	(Para entidades que ya hayan solicitado acreditaciones en ocasiones anteriores)
<input type="radio"/> C – Nueva edición de la actividad ya acreditada	Número de expediente edición anterior

#### 3.- Datos de la entidad proveedora de la actividad:

NIF			Nombre de la institución			
Domicilio				Municipio		
Provincia	Código Postal		Carácter de la entidad	<input type="radio"/> Pública	<input type="radio"/> Privada	<input type="radio"/> Otras
Clasificación de la institución	<input type="radio"/>	Hospital	<input type="radio"/>	Fundación		
	<input type="radio"/>	Atención Primaria	<input type="radio"/>	Consejería de Sanidad		
	<input type="radio"/>	Sociedad Científica	<input type="radio"/>	Universidad		
	<input type="radio"/>	Colegio Profesional	<input type="radio"/>	Empresa de formación y/o servicios		
	<input type="radio"/>	Asociación/ONG	<input type="radio"/>	Otras		
Responsable de la entidad			NIF del Responsable.			



DG de investigación, Formación e Infraestructuras  
Sanitarias

CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Comunidad de Madrid

### 4.- Datos de el/la responsable esta actividad en la institución (\*):

NIF		Apellido1		Apellido2	
Nombre				Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
				Cargo	

(\*): Al responsable citado será a quien la Secretaría Técnica se dirija para cualquier gestión y/o comunicación relacionada con la presente solicitud. Deberá estar autorizado por el responsable de la entidad. Puede ser también el responsable de la entidad si así se consigna.

### 5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
	Piso		Puerta		CP		Localidad
							Provincia

### 6.- Documentación requerida:

#### 6.1.- Sólo para solicitudes tipo A:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Fotocopia de documentos notariales, estatutos o escrituras de constitución o reglas fundacionales (En caso de instituciones), ó Documentación que acredite su situación regular en Hacienda y Seguridad Social (en el caso de trabajadores autónomos)	<input type="checkbox"/>

#### 6.2.- Para Solicitudes Tipos A, B y C:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Para Actividad Presencial → Anexo "Solicitud Actividad de Carácter Presencial"	<input type="checkbox"/>
Para Actividad No Presencial/Mixta: → Anexo "Solicitud Actividad de Carácter No Presencial/Mixta". → Material Docente	<input type="checkbox"/>
Modelo de control de asistencia	<input type="checkbox"/>
Modelo de Certificado,	<input type="checkbox"/>
Modelo/s de evaluación	<input type="checkbox"/>
Documento de delegación de firma (Sólo en casos donde el solicitante no sea el responsable de la institución)	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (Modelo 030. Ejemplar para la Administración)	<input type="checkbox"/>



DG de investigación, Formación e Infraestructuras  
Sanitarias

CONSEJERÍA DE SANIDAD

## Comunidad de Madrid

El/la responsable de la institución, o persona autorizada, y abajo firmante

**SOLICITA la acreditación de la actividad de expuesta en el punto 1 de este formulario** que se impartirá conforme a la información contenida en el anexo correspondiente.

### Y MANIFIESTA

Que se hace totalmente responsable de la planificación y contenidos de la actividad que se somete a acreditación, y que, en ningún caso, las aportaciones en concepto de patrocinio comercial, si las hubiera, condicionarán:

- **La independencia de los contenidos**  
Garantizo que los contenidos de la actividad no están sesgados por intereses comerciales o de cualquier otro tipo ajeno a su pertinencia científica y profesional.
- **La independencia de los docentes**  
Garantizo que todos los docentes que participan en la actividad, han sido seleccionados por su adecuada formación y experiencia sobre los temas que imparten, no estando condicionada por la entidad patrocinadora. Se dará también a conocer cualquier relación entre ponentes/docentes y patrocinador.
- **El control de la publicidad**  
Asumo la responsabilidad de los contenidos de los materiales de promoción de la actividad.
- **La presencia de logotipos comerciales**  
El nombre del patrocinador comercial sólo constará en los materiales promocionales y en los programas, pero nunca en los materiales docentes. Asimismo, en todos los materiales publicitarios y docentes no se hará mención a ningún producto comercial concreto.

### Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

No deseo recibir otra información institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos

En....., a.....de..... de.....

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Acreditación de Formación Sanitaria", cuya finalidad es gestionar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada, así como la solicitud de acreditación de formación continuada, reconocimiento de interés sanitario y/o social de actos de carácter científico y reconocimiento de los títulos de FP de la rama sanitaria, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias

**ANEXO I: Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias –  
Solicitud Actividad de Carácter Presencial**

**1.- Datos de la actividad:**

Título de la actividad:	
-------------------------	--

**1.1. Director-es docente-es responsable-es de la actividad**

Nombre y apellidos	Puesto de trabajo y breve curriculum vitae(no más de 6 líneas)

**1.2. Lugar de celebración de la actividad**

Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad:				
Tipo de vía	Nombre vía	Nº		
Localidad	CP	Provincia		
Comunidad Autónoma				

**1.3. Datos específicos de la actividad**

Fecha de inicio:		Fecha de finalización:	
Método empleado para el control de asistencia:			
Mínimo exigido de permanencia para obtener certificado con créditos (2):			

(1) Deberán indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos.

(2) Para las actividades con 20 o menos horas de duración, la asistencia debe ser del 100%. Para actividades con mayor duración de las 20 horas, debe ser del 90%

**2.- Características de la Actividad:****2.1. Objetivos docentes**

Los objetivos de formación han de expresar los objetivos de aprendizaje de los asistentes.

Objetivo-s general-es	
Objetivos específicos	

**2.2. Organización y logística****2.2.1 Calendario y programa de la actividad**

Incluya en este apartado una tabla o texto que claramente muestre y relacione el orden cronológico y contenido de cada jornada de la actividad expresando al menos los siguientes datos: Día/s y mes/es en que se desarrolla la actividad. Horario y secuencia de cada jornada. Temario, contenido o actividades que se desarrollan en cada jornada. Profesores y/o ponentes que intervienen en cada jornada.

Día y mes	Horario	Contenido	Profesorado

Resumen horas del programa	
Total horas de teoría	
Total horas de prácticas	
Total horas (Teoría + Práctica)	

**2.2.2 Recursos Humanos (Profesorado del programa de la actividad)****2.2.2. a) Profesorado del programa de la actividad**

Nombre y Apellidos	Titulación	Centro de trabajo y cargo laboral	Breve currículum en relación con la materia del curso y la docencia (no más de 6 líneas)

2.2.2.b) En caso de tratarse de un congreso que se vaya a realizar en la Comunidad de Madrid o jornada, especifique también el comité organizador y el comité científico

Nombre y Apellidos	Titulación	Centro de trabajo y cargo laboral

### 2.2.3 Recursos materiales

Refleje en este espacio todos los medios materiales que se van a utilizar en el desarrollo de la actividad: espacios, apoyos audiovisuales, informáticos, aparataje, instrumental, etc.

### 2.2.4 Método de selección e inscripción de los alumnos

Indique qué requisitos deben cumplir los alumnos o asistentes a la actividad y las prioridades y método de selección que se va a establecer.

## **2.3. Pertinencia de la actividad**

El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidad y demanda, las cuales deben ser especificadas. Indicar como se han detectado las necesidades formativas del colectivo al que se oferta la actividad (estudios, encuestas a los profesionales, bibliografía, epidemiología...).

2.3.1 Describa las necesidades, ya sean de tipo social, institucional o profesional a las que se trata de responder con el desarrollo de la actividad.

2.3.2 Cómo han sido detectadas dichas necesidades (métodos, fuentes de información utilizadas etc.) y cualquier información de interés que desee añadir.

2.3.3 En caso de dirigir la actividad docente a dos o más colectivos profesionales diferentes, explique la razón por lo que le parece pertinente hacerlo así.

## 2.4. Metodología docente

2.4.1 Describa la/s metodología/as docentes que se utilizarán y su relación con el temario y objetivos de la actividad.

2.4.2 Describa, en caso necesario, la/s interacción/es entre alumnos y entre estos y el profesorado, así como otra información de interés que considere oportuna.

## 2.5. Evaluación

Explicite los métodos de evaluación que se van a emplear en la actividad (participantes, profesores, actividad, proceso, etc), así como el medio o sistema empleado y los requerimientos exigidos para la obtención de los créditos. **Debe adjuntar los modelos o ejercicios de evaluación que indique** en caso de que proceda.

## 3.- Financiación

### 3.1.- Financiación de la actividad

Fuente de financiación	Cuantía
Financiación por parte de la entidad proveedora	
Financiación por parte de patrocinador/es	
Financiación por derechos de inscripción de los participantes	
Presupuesto total de la actividad	

### 3.2.- Importe de la inscripción o matrícula del participante

Importe unitario de la matrícula:				
¿Existen becas?	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No
¿Existen descuentos?	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No

### 3.3.- Indique otras indicaciones o aclaraciones que quiera realizar



**4.- Patrocinadores**

NIF	Nombre	Público, Privado, otros	Cuantía

**5.- Información adicional**

Inserte la información que considere oportuna y no se haya podido reflejar en anteriores apartados (máximo 10 líneas).

En Madrid, a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Acreditación de Formación Sanitaria", cuya finalidad es gestionar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada, así como la solicitud de acreditación de formación continuada, reconocimiento de interés sanitario y/o social de actos de carácter científico y reconocimiento de los títulos de FP de la rama sanitaria, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**ANEXO II: Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias –  
Solicitud Actividad de Carácter No Presencial/ Mixta**

**1.- Datos de la actividad:**

Título de la actividad:	
-------------------------	--

**1.1. Director-es docente-es responsable-es de la actividad**

Nombre y apellidos	Puesto de trabajo y breve curriculum vitae

**1.2. Ámbito de la actividad**

<input type="radio"/>	Autonómico	Especifique autonomías:	
<input type="radio"/>	España		

**1.3. Lugar de celebración de la actividad**

Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad:					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Localidad		CP		Provincia	
Comunidad Autónoma					

**1.4. Lugar de secretaría de la actividad**

Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad:					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Localidad		CP		Provincia	
Comunidad Autónoma					

**1.5. Datos específicos de la actividad**

Nº de horas presenciales (1):		Nº total horas estimadas de participación a distancia de cada alumno:	
Fecha de inicio:		Fecha de finalización:	

(1) Deberán indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos.

**2.- Características de la Actividad:****2.1. Objetivos docentes**

Los objetivos de formación han de expresar los objetivos de aprendizaje de los asistentes.

Objetivo-s general-es de la actividad	
Objetivos específicos de la actividad	

### PARTE PRESENCIAL DE UNA ACTIVADA MIXTA

**2.2. Organización y logística**2.2.1 Control de asistencia de la parte presencial

Método empleado:	
Mínimo exigido(2) :	

(2) Para las actividades con 20 o menos horas de duración, la asistencia debe ser del 100%. Para actividades con mayor duración de las 20 horas, debe ser del 90%. Adjunte el modelo de control de asistencia.

2.2.2 Calendario y programa de la parte presencial de la actividad

Incluya en este apartado una tabla o texto que claramente muestre y relacione el orden cronológico y contenido de cada jornada de la actividad expresando al menos los siguientes datos: Día/s y mes/es en que se desarrolla la actividad. Horario y secuencia de cada jornada. Temario, contenido o actividades que se desarrollan en cada jornada. Profesores y/o ponentes que intervienen en cada jornada.

Día y mes	Horario	Contenido	Profesorado

Resumen horas presenciales del programa	
Total horas de teoría	
Total horas de prácticas	
Total horas (Teoría + Práctica)	

2.2.3 Recursos Humanos (Profesorado del programa de la parte presencial de la actividad)

Nombre y Apellidos	Titulación	Centro de trabajo y cargo laboral	Breve currículum en relación con la materia de la actividad y la docencia

2.2.4 Recursos materiales

Refleje en este espacio todos los medios materiales que se van a utilizar en el desarrollo presencial de la actividad: espacios, apoyos audiovisuales, informáticos, aparataje, instrumental, etc.

**ACTIVIDADES NO PRESENCIALES O PARTE NO PRESENCIAL DE UNA ACTIVIDAD MIXTA****2.3. Organización y logística**2.3.1 Describa los sistemas de seguridad, acceso y control de participación de los alumnos:2.3.1. a) Claves de acceso.

A efectos de que nuestros evaluadores externos y los técnicos de la Secretaría Técnica, puedan conocer y analizar el diseño de formación, para el que se solicita acreditación, deben facilitar el acceso telemático a su plataforma y a los contenidos de la actividad docente, deberán, por tanto, obligatoriamente, facilitar las claves de acceso necesarias.

**URL:****PASSWORD:****LOGIN:**2.3.2 Calendario y programa de la parte no presencial de la actividad:

Definir la estructura del programa y su justificación en horas de cada unidad

Unidad temática	Objetivos	Contenido	Tiempo estimado dedicación	Material docente y de apoyo	Actividades a realizar por el alumno

2.3.3 Tiempo máximo previsto para que el participante complete la actividad (días, semanas, meses)2.3.4 Explique cómo ha determinado el número de horas que corresponde a la parte no presencial de la actividad:

--

2.3.5 Recursos Humanos de la parte no presencial.

2.3.5.a) Profesorado y cualificación profesional

Nombre y Apellidos	Titulación	Breve currículum en relación con la materia de la actividad y la docencia

2.3.5.b) Tutores y cualificación profesional

Nombre y Apellidos	Titulación	Breve currículum en relación con la materia de la actividad y la docencia

2.3.6 Logística (Secretaría, administración, soporte técnico, dinamizadores....)

--

2.3.7 Recursos materiales y docentes(Servidor, cuenta de correo, plataforma (URL y password, videoconferencia)

2.3.7.a)

<input type="checkbox"/>	Textos	<input type="checkbox"/>	Chats
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	Videoconferencias
<input type="checkbox"/>	Bibliotecas virtuales	<input type="checkbox"/>	Pruebas de autoevaluación
<input type="checkbox"/>	Foros de debate tutorados	<input type="checkbox"/>	Audios/vídeos
<input type="checkbox"/>	Simuladores	<input type="checkbox"/>	Redes sociales

2.3.7.b) Otros recursos docentes y soportes técnicos

--

2.3.8 Descripción del material docente: relación y formato (Papel, CD, DVD, Internet, etc.)



#### 2.3.9 Método de selección e inscripción de los alumnos

Indique qué requisitos deben cumplir los alumnos o asistentes a la actividad y las prioridades y método de selección que se va a establecer.

#### **2.4. Pertinencia de la actividad**

El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidad y demanda, las cuales deben ser especificadas. Indicar cómo se han detectado las necesidades formativas del colectivo al que se oferta la actividad (estudios, opinión de los profesionales...).

2.4.1 Describa las necesidades, ya sean de tipo social, institucional o profesional a las que se trata de responder con el desarrollo de la actividad.

2.4.2 Cómo han sido detectadas dichas necesidades (métodos, fuentes de información utilizadas etc.) y cualquier información de interés que desee añadir.

2.4.3 En caso de dirigir la actividad docente a dos o más colectivos profesionales diferentes, explique la razón por lo que le parece pertinente hacerlo así.

#### **2.5. Metodología docente**

2.5.1 Describa la/s metodología/as docentes que se utilizarán y su relación con el temario y objetivos de la actividad.

--

2.5.2 Describa la acción tutorial (vía de contacto, disponibilidad, tiempo de resolución de consultas, número de alumnos por cada tutor,...)

--

## 2.6. Evaluación

Explicite los métodos de evaluación que se van a emplear en la actividad (participantes, profesores, actividad, proceso, etc), así como el medio o sistema empleado y los requerimientos exigidos para la obtención de los créditos. **Debe adjuntar los modelos o ejercicios de evaluación** en el caso que proceda.

--

## 3.- Financiación

### 3.1.- Financiación de la actividad

Fuente de financiación	Cuantía
Financiación por parte de la entidad proveedora	
Financiación por parte de patrocinador/es	
Financiación por derechos de inscripción de los participantes	
Presupuesto total de la actividad	

### 3.2.- Importe de la inscripción o matrícula del participante

Importe unitario de la matrícula:				
¿Existen becas?	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No
¿Existen descuentos?	<input type="radio"/>	Sí	<input type="radio"/>	No

### 3.3.- Refleje otras informaciones o aclaraciones que quiera realizar

--

## 4.- Patrocinadores

CIF	Nombre	Público, Privado, otros	Cuantía

**5.- Información adicional**

Inserte la información que considere oportuna y no se haya podido reflejar en anteriores apartados (máximo 10 líneas).

--

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Acreditación de Formación Sanitaria", cuya finalidad es gestionar el sistema de acreditación de actividades de formación continuada, así como la solicitud de acreditación de formación continuada, reconocimiento de interés sanitario y/o social de actos de carácter científico y reconocimiento de los títulos de FP de la rama sanitaria, y no serán cedidos salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

