

I. COMUNIDAD DE MADRID

C) Otras Disposiciones

Consejería de Sanidad

AGENCIA “PEDRO LAÍN ENTRALGO” PARA LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

- 13** *RESOLUCIÓN de 11 de abril de 2012, del Director General de la Agencia “Pedro Laín Entralgo”, para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, por la que se ordena la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de determinados formularios-modelos de solicitud por parte de los interesados.*

De conformidad con lo establecido en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, y en uso de las atribuciones que me son conferidas por el artículo 10 del Decreto 139/2002, de 25 de julio, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid,

RESUELVO

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de los modelos-formularios de solicitud que a continuación se transcriben:

Modelo 888F1, Solicitud de Acreditación de Actividades de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias.

Modelo 1392F1, Solicitud de Acreditación de Actividades Docentes Relacionadas con el Transporte Sanitario en la Comunidad de Madrid.

Cuyos textos íntegros se adjuntan como Anexos en la presente Resolución.

Dada en Madrid, a 11 de abril de 2012.—El Director General de la Agencia “Pedro Laín Entralgo”, para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, Antonio Romero Plasencia.



Agencia Lain Entralgo para la Formación,
Investigación y Estudios Sanitarios
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de Acreditación de Actividades de Formación Continua de Profesiones Sanitarias

1.- Actividad

Nombre			
Tipo	☐ Presencial	☐ No Presencial	☐ Mixta

2.- Tipo de solicitud:

☐ A – Nueva actividad	(Para entidades que no hayan solicitado previamente ninguna acreditación)
☐ B – Nueva actividad	(Para entidades que ya hayan solicitado acreditaciones en ocasiones anteriores)
☐ 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	☐ Pública	☐ Privada
Clasificación de la institución	☐	Hospital	☐	Fundación		
	☐	Atención Primaria	☐	Consejería de Sanidad		
	☐	Sociedad Científica	☐	Universidad		
	☐	Colegio Profesional	☐	Empresa de formación y/o servicios		
	☐	Asociación/ONG	☐	Otras		
Responsable de la entidad				NIF del Responsable.		

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

NIF		Apellidos				
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:

☐	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
☐	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)	☐



Agencia Laín Entralgo para la Formación,
Investigación y Estudios Sanitarios
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

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"	☐
Para Actividad No Presencial/Mixta: → Anexo "Solicitud Actividad de Carácter No Presencial/Mixta". → Material Docente	☐ ☐
Modelo de control de asistencia	☐
Modelo de Certificado,	☐
Modelo/s de evaluación	☐
Documento de delegación de firma (Sólo en casos donde el solicitante no sea el responsable de la institución)	☐

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 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.

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 la Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
---------------------	---



Agencia Laín Entralgo para la Formación,
Investigación y Estudios Sanitarios
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de acreditación de actividades docentes relacionadas con el transporte sanitario en la Comunidad de Madrid

1.- Tipo de Solicitud:

☐	Técnico en Emergencias Nivel Básico
☐	Técnico en Emergencias Nivel Avanzado
☐	Técnico en Emergencias Nivel Básico y Avanzado
☐	Medicina en Urgencias Extrahospitalarias
☐	Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias

2.- Datos del Centro Docente que solicita la acreditación:

Centro Docente						
Tipo de vía			Nombre vía			Nº
Piso		Puerta		CP		Localidad
Teléfono			Fax			Correo electrónico

3.- Datos del representante del Centro Docente:

Nombre					
Apellido 1º					
Apellido 2º					
Correo electrónico					
Teléfono Fijo			Teléfono Móvil		

4.- Datos de la actividad:

Fecha inicio			Fecha Fin		
Grupos		Nº Alumnos por grupo		Nº Horas totales del curso	

5.- Dirección y medio de notificación:

☐	Deseo recibir notificación por vía telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
☐	Deseo recibir notificación por correo certificado				
	Tipo de vía			Nombre vía	Nº
	Piso		Puerta	CP	Localidad
	Provincia			País	



Agencia Laín Entralgo para la Formación,
Investigación y Estudios Sanitarios
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

6.- Documentación requerida:

DOCUMENTACION	Se aporta en la solicitud
Programa del curso	☐
Curriculum Vitae del Responsable y docentes del curso (sólo en la primera solicitud de Acreditación y en sucesivas, siempre que se produzca el alta de un nuevo docente)	☐
Acuerdos de colaboración	☐

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 de Carácter Personal.

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

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Centros Docentes y Entidades Científicas", cuya finalidad es la gestión de la información básica para la solicitudes de centros docentes y entidades científicas, y no podrán ser 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
Agencia Laín Entralgo - Área de Acreditación