



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE CURSOS DE INTERÉS CIENTÍFICO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Clasifique los contenidos temáticos de la actividad docente dentro una de las siguientes áreas.

Evaluación de Medicamentos		Farmacia Pediátrica	
Errores de Medicación		Nutrición Clínica	
Gestión Farmacia Hospitalaria		Calidad	
Atención Farmacéutica		Ensayos Clínicos	
Farmacotecnia		Oncología	
Farmacocinética/Farmacogenética		Investigación	
Geriatría		Otras	

Las casillas no son excluyentes.

¿La citada actividad, tiene ediciones anteriores ya reconocidas de interés científico por la SVFH?

SÍ		(Marque con X la casilla gris correspondiente)	NO	
----	--	--	----	--

En caso de respuesta positiva, indique el nº de ediciones realizadas de la citada actividad.

Nº Ediciones Realizadas	
-------------------------	--

¿La citada actividad, tiene acreditaciones anteriores ya de otros organismos (Ministerio, Consejería de Comunidad Autónoma, SEFH, etc)? En caso positivo, por favor indique el período de vigencia de la acreditación.

SÍ		(Marque con X la casilla gris correspondiente)	NO	
Fecha de Inicio				
Fecha de fin				



ENTIDAD ORGANIZADORA

La institución o centro que solicita el reconocimiento para la actividad.

Nombre de la Institución					
Dirección de contacto					
Teléfono contacto					
E-mail					
Carácter de la entidad	<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otras

Clasifique su institución

<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fundación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laboratorio Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD

Director-es docentes responsable-s de la actividad

Nombre y apellidos	Puesto de trabajo y breve curriculum vitae

Características de la actividad

Tipo de actividad

(Marque con X la casilla gris correspondiente a la opción elegida. Son excluyentes)

<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Congreso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seminario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jornada	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Taller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/>

Nº máximo de alumnos	
Nº total horas lectivas	
Fecha de inicio	
Fecha de finalización	



Tipo de actividad, según presencia y aplicación de TICs:

Presencial	
Virtual – On Line	
Mixta	

Lugar de celebración de la actividad (no rellene en caso de ser on-line)

Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad	
Dirección	
Municipio	
Provincia	
Comunidad Autónoma	
Código Postal	

Método empleado para el control de asistencia (no rellenar en caso de ser on-line)

--

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

OBJETIVOS DOCENTES

Objetivo/s general/es de la actividad

--

Objetivos específicos de la actividad

--



ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA

Calendario y programa de la actividad (Adjuntar o no rellenar en caso de ser on-line)

Recursos Humanos

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

Recursos materiales (no rellenar en caso de ser on-line)

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.

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.



Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria
Nº de registro 8925
Plaza San Juan Nº5 P:1
03203 Elche
web:<http://www.svfh.es>
email: sociedadvalencianafh@gmail.com

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, opinión de los profesionales...).

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.

Metodología docente

Evaluación



Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria
N° de registro 8925
Plaza San Juan N°5 P:1
03203 Elche
web:<http://www.svfh.es>
email: sociedadvalencianafh@gmail.com

FINANCIACIÓN

Financiación de la actividad

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

Importe de la inscripción o matrícula del participante

Financiado totalmente	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

FIRMA Y NOMBRE DEL SOLICITANTE