



## 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.

<b>Nombre de la Institución</b>					
<b>Dirección de contacto</b>					
<b>Teléfono contacto</b>					
<b>E-mail</b>					
<b>Carácter de la entidad</b>	<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

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Puesto de trabajo y breve curriculum vitae</b>

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"/>

<b>Nº máximo de alumnos</b>	
<b>Nº total horas lectivas</b>	
<b>Fecha de inicio</b>	
<b>Fecha de finalización</b>	



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](mailto:sociedadvalencianafh@gmail.com)

Tipo de actividad, según presencia y aplicación de TICs:

Presencial	<input type="checkbox"/>
Virtual – On Line	<input type="checkbox"/>
Mixta	<input type="checkbox"/>

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](mailto: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  
Nº de registro 8925  
Plaza San Juan Nº5 P:1  
03203 Elche  
web:<http://www.svfh.es>  
email: [sociedadvalencianafh@gmail.com](mailto: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		No	

**FIRMA Y NOMBRE DEL SOLICITANTE**

### TASAS

**CERTIFICADO DE INTERES SANITARIO POR PARTE DE LA SVFH**

- **500 EUROS +IVA**



**Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria**  
**Nº de registro 8925**  
Plaza San Juan N°5 P:1  
03203 Elche  
web:<http://www.svfh.es>  
email: [sociedadvalencianafh@gmail.com](mailto:sociedadvalencianafh@gmail.com)

**CERTIFICADO DE INTERES SANITARIO POR PARTE DE LA SVFH Y PUBLICACIÓN EN LA PAGINA WEB DE LA SOCIEDAD ASÍ COMO SU DISTRIBUCIÓN A LOS MIEMBROS DE LA SVFH**

- **600 EUROS +IVA**

**El ingreso se debe realizar en la siguiente cuenta:**

**IBAN: ES2030 / 0128 / 0649 / 36 / 0100008592**

**Los cursos organizados por Servicios de Farmacia de Hospital, contactar previamente con la Secretaria de la SVFH, antes iniciar los trámites**