

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA (Anexo I)

A. ENTIDAD PROVEEDORA

Nombre: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (C.I.F. Q 3769010 D)

Calle/Plaza: Paseo de la Transición s/n; **Localidad-Provincia:** Salamanca; **Código postal:** 37007

Teléfono: 923 29 11 00 - Ext. 55302; **E-mail:** formacioncontinuada.husa@saludcastillayleon.es

Responsable: Dra. Dña. Carmen Rodríguez Pajares

Cargo: *Gerente de Atención Especializada Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

B. ACTIVIDAD

Nombre de la actividad

Coordinador(es)/responsables

Correo electrónico

Persona de contacto

Lugar, Población(es), Provincia(s)

Tipo de actividad (una o varias)

Número máximo de participantes

Modalidad

Número de horas estimadas Presenciales Participación a distancia / online

Control de asistencia Método empleado Mínimo exigido
(Obligatorio completar) Modelo personalizado (seleccionar en caso de adjuntar modelo)

Duración de la actividad horas

Fechas de realización inicio finalización

Lugar, fecha de inicio y fin de ediciones sucesivas, programadas en un año natural

1ª Edición

**La presente actividad
corresponde a**

Ediciones sucesivas de la actividad formativa acreditada con anterioridad, con número de referencia

(Figura en el certificado de acreditación de la 1ª Edición)

En este caso, **adjuntar copia de la notificación de la acreditación.**

Profesionales a los que
se dirige la actividad

C. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

1. Justificación

2. Objetivos

Objetivo general

Objetivos específicos

3. Organización y logística

Adjuntar cronograma detallado de la actividad. Deberá adjuntar el cronograma detallado en hoja aparte:

Fecha impartición	Horario	Contenido	Docente
(dd/MM/aa)	XX:YY	<i>(sin guiones y sin comillas)</i>	<i>Nombre, Apellidos, DNI y Cualificación del DOCENTE</i>

Otro personal no docente

Criterios de selección de los alumnos

Forma de inscripción empleada Documento normalizado (Secretaría Formación Continuada)

Recursos materiales

4. Pertinencia de la actividad

Necesidades formativas:

Como se han detectado estas necesidades:

5. Metodología docente

6. Evaluación

Indicar, en su caso, el requerimiento mínimo exigido:

D. FINANCIACIÓN

Financiación de la actividad	Cuantía (€)
Presupuesto global	
Importe de la inscripción o matrícula	
A financiar por parte de entidad(es)	

1. Información sobre el patrocinador

RELLENAR SOLO EN CASO DE PATROCINIO POR CASAS COMERCIALES/ENTIDADES EXTERNAS DEL HOSPITAL

	Institución	Cuantía (€)
Patrocinador público		
Patrocinador		

El organizador/proveedor es 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 condicionarán:

- 1. La independencia de los contenidos.** El proveedor debe garantizar que los contenidos del programa de la actividad no estén sesgados comercialmente.
- 2. La independencia de los ponentes.** La selección de los ponentes no puede estar condicionada por las aportaciones del patrocinador. Además, se debe dar a conocer cualquier relación entre ponentes y patrocinador. (Conflicto de intereses)
- 3. El control de la publicidad.** El proveedor es responsable de los contenidos de los materiales de promoción de la actividad.

4. **La presencia de logotipos comerciales.** El nombre del patrocinador comercial sólo puede constar en los materiales promocionales y en los programas, pero nunca en los materiales docentes. Así mismo, en todos los materiales promocionales y docentes no puede hacerse mención a ningún producto comercial concreto.

E. INFORMACIÓN ADICIONAL

F. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO HABER OBTENIDO ACREDITACIÓN PREVIA

La entidad proveedora declara no haber obtenido Resolución de Acreditación de ninguna Administración Pública con competencia en Acreditación de actividades de Formación Continuada de las profesiones sanitarias.

En el supuesto de haber solicitado la acreditación de forma simultánea ante otra entidad acreditadora, indíquese la Administración Pública a quién se ha solicitado y fecha de solicitud.

Administración Pública	Fecha de solicitud

G. PROTECCIÓN DE DATOS

Sus datos personales contenidos en esta solicitud y en la documentación adjunta serán objeto del tratamiento que se indica en el documento “Información relativa a la protección de los datos de carácter personal” que se encuentra disponible en el Portal de Formación de Castilla y León en la dirección: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/pdsn0062>

Lugar y Fecha En Salamanca, a

LA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD,

Fdo.: Carmen Rodríguez Pajares
Gerente Atención Especializada

SECRETARÍA TÉCNICA DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE
CASTILLA Y LEÓN