

PLAN NACIONAL SECLA DE FORMACION EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA RESIDENTES QUIRÚRGICOS

DOCUMENTACIÓN A APORTAR PARA REALIZAR UNA PROPUESTA

- 1. Filiación del organizador del Curso y del Centro de Formación**
- 2. Objetivos del Curso**
- 3. Programa del Curso**
- 4. Experiencia docente laparoscópica del organizador y sus colaboradores**
- 5. Medios con que se cuenta para realizar el Curso: personal, instalaciones, material inventariable, material fungible**
- 6. Justificación detallada de la ayuda solicitada**
- 7. Presupuesto solicitado**
- 8. Autorización de la Dirección del Centro para la realización del Curso**

1. Filiación del organizador del Curso y del Centro de Formación

ORGANIZADOR DEL CURSO

Nombre:

Cargo:

Especialidad:

Email:

Tf. de contacto:

Lugar de trabajo:

Ciudad (Provincia):

CENTRO DE FORMACIÓN

Nombre:

Dirección:

Ciudad (Provincia):

Código postal:

2. Objetivos del Curso

TEORICOS

PRÁCTICOS

3. Programa del Curso

(Máximo 2 páginas)

PROGRAMA TEÓRICO (hacer constar nº de horas teóricas)

PROGRAMA PRÁCTICO (hacer constar nº de horas prácticas)

ORGANIZACIÓN (reseñar nº de participantes que puede acoger el Curso como máximo)

PLANNING DE ACTIVIDADES

HORARIO	LUNES

HORARIO	MARTES

HORARIO	MIERCOLES

HORARIO	JUEVES

HORARIO	VIERNES

4. Experiencia docente laparoscópica del organizador y sus colaboradores
(Máximo una página)

5. Medios con que se cuenta para realizar el Curso: personal, instalaciones, material inventariable, material fungible

(Máximo una página)

6. Justificación detallada de la ayuda solicitada
(Máximo una página)

7. Presupuesto solicitado

(Tener en cuenta que el total solicitado no puede superar la cantidad de 1000 € por participante en el Curso)

CONCEPTO	EUROS
PERSONAL	
MATERIAL INVENTARIABLE	
MATERIAL FUNGIBLE	
OTROS GASTOS	

TOTAL PRESUPUESTO SOLICITADO:

8. Autorización de la Dirección del Centro para la realización del Curso

Adjuntar documento donde se acredite esta autorización