



Solicitud de Acreditación de Actividades de Formación Continua de Profesiones Sanitarias

1.- Actividad:

Nombre actividad	X CEMET CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA Y ENFERMERIA DEL TRABAJO					
Tipo actividad	<input checked="" type="radio"/> Presencial		<input type="radio"/> No Presencial		<input type="radio"/> Mixta	
Formato actividad	<input type="radio"/> Curso	<input checked="" type="radio"/> Congreso	<input type="radio"/> Seminario	<input type="radio"/> Jornada	<input type="radio"/> Taller	<input type="radio"/> Otras
Contenido temático	<input checked="" type="radio"/> Práctica clínica	<input type="radio"/> Gestión sanitaria/calidad	<input type="radio"/> Salud Pública	<input type="radio"/> Docencia	<input type="radio"/> Investigación	<input type="radio"/> Otras
Nº máximo alumnos	400	Nº máximo horas lectivas (1)	20	Nº total ediciones solicitadas	1	
Profesión Universitaria a la que se dirige (indicar todas las que aplique)	<input type="checkbox"/>	Biología (esp. Sanitaria)	<input type="checkbox"/>	Bioquímica (esp. Sanitaria)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermería	<input type="checkbox"/>	Farmacia		
	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Logopedia		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>	Nutrición Humana y Dietética		
	<input type="checkbox"/>	Odontología/Estomatología	<input type="checkbox"/>	Optica-Optometría		
	<input type="checkbox"/>	Podología	<input type="checkbox"/>	Psicología Clínica		
	<input type="checkbox"/>	Química (esp. Sanitaria)	<input type="checkbox"/>	Radio Física Hospitalaria		
Formación Profesional a la que se dirige (indicar todas las que aplique)	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Anatomía Patológica y Citología	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Dietética		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Documentación Sanitaria	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Higiene Bucodental		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Imagen para el Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Ortoprotésica	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Prótesis Dentales		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Radioterapia	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Salud Ambiental		
	<input type="checkbox"/>	T. Superior en Audioprótesis	<input type="checkbox"/>	T. en Cuidados Auxiliares de Enfermería		
	<input type="checkbox"/>	T. en Farmacia y Parafarmacia	<input type="checkbox"/>	T. en Emergencias Sanitarias		

(1) Deberían indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos

2.- Tipo de solicitud:

<input checked="" type="radio"/>	A – Nueva actividad	(Para entidades que no hayan solicitado previamente ninguna acreditación)
<input type="radio"/>	B – Nueva actividad	(Para entidades que ya hayan solicitado acreditaciones en ocasiones anteriores)
<input type="radio"/>	C – Nueva edición de la actividad ya acreditada	Número de expediente edición anterior

3.- Datos de la entidad proveedora de la actividad:

NIF	G28990125	Nombre de la institución	ASOCIACION ESPAÑOLA ESPECIALISTAS MEDICINA DEL TRA				
Domicilio	CALLE SANTA ISABEL 51			Municipio	MADRID		
Provincia	Madrid	Código Postal	28012	Carácter de la entidad	<input type="radio"/> Pública	<input type="radio"/> Privada	<input checked="" type="radio"/> Otras
Clasificación de la institución	<input type="radio"/>	Hospital		<input type="radio"/>	Fundación		
	<input type="radio"/>	Atención Primaria		<input type="radio"/>	Consejería de Sanidad		
	<input checked="" type="radio"/>	Sociedad Científica		<input type="radio"/>	Universidad		
	<input type="radio"/>	Colegio Profesional		<input type="radio"/>	Empresa de formación y/o servicios		
	<input type="radio"/>	Asociación/ONG		<input type="radio"/>	Otras		
Responsable de la entidad	LUIS REINOSO BARBERO			NIF del Responsable.	05207541L		



Comunidad de Madrid

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

NIF	50303841N	Apellido1	SANCHEZ-ARCILLA		Apellido2	CONEJO	
Nombre	IGNACIO			Correo electrónico	IGOLPRA@HOTMAIL.COM		
Fax		Teléfono Fijo	914269601	Teléfono Móvil	670717592	Cargo	VOCAL JD

(*). 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:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input checked="" type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía	Calle	Nombre vía	SANTA ISABEL		Nº	51	
	Piso	Puerta	CP	28012	Localidad	MADRID	Provincia	Madrid

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)	<input checked="" type="checkbox"/>

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"	<input checked="" type="checkbox"/>
Para Actividad No Presencial/Mixta: → Anexo "Solicitud Actividad de Carácter No Presencial/Mixta". → Material Docente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Modelo de control de asistencia	<input checked="" type="checkbox"/>
Modelo de Certificado	<input checked="" type="checkbox"/>
Modelo/s de evaluación	<input checked="" type="checkbox"/>
Documento de delegación de firma (Sólo en casos donde el solicitante no sea el responsable de la institución)	<input checked="" type="checkbox"/>
Justificante del pago de la tasa (Modelo 030. Ejemplar para la Administración)	<input checked="" type="checkbox"/>



Comunidad de Madrid

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 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

En MADRID, a 21 de marzo de 2017

FIRMA DEL SOLICITANTE

Huella digital de JOSE IGNACIO SÁNCHEZ-ARCILLA CONEJO - NIF 50303841N
// Nombre de reconocimientoDN: JOSE IGNACIO SÁNCHEZ-ARCILLA CONEJO //
Fecha: 21.03.2017 09:51:31

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 Planificación, Investigación y Formación