

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

ACTIVIDADES PRESENCIALES

A ACTIVIDAD

Nombre/Título de la actividad

Director(es) / Responsable(es) de la actividad (Nombre y cargo o situación)

Tipo de actividad

☐ Congreso/Jornada/Reunión Científica

☐ Curso/Seminario

☐ Taller

☐ Otros (especificar)

Control de asistencia (mínimo exigido)
80%

Número de horas de la actividad

Número máximo de participantes

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Lugar donde se realizará

Profesionales a los que se dirige la actividad :

La SEN sólo acredita actividades dirigidas a médicos aunque estas actividades pueden tener un carácter multidisciplinar. Podrán participar médicos en formación, pero estos no podrán obtener los créditos de formación continuada.

Médicos únicamente (*especialidad/es*)

Médicos y otros colectivos (*especificar*)

B ENTIDAD PROVEEDORA DE LA FORMACIÓN

Nombre **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA**
CIF **G-58419532**
Calle / Plaza **Vía Laietana** núm. **23 Entlo. A-D**
Población **Barcelona** CP **08003**
Tel. **93-342 62 33** Fax **93-412 56 54** E-mail : **fc@sen.org.es**
Responsable de la entidad **Dr. Jesús Porta Etessam**

C PERFIL PEDAGOGICO DE LA ACTIVIDAD

1 Objetivos

Objetivo/s general/es del curso (Los objetivos de formación han de explicar lo que se pretende asumir en la actividad)

Objetivos específicos o de aprendizaje del curso (explicar en términos de mejora de conocimientos, habilidad/es o actitudes)

2 Organización y logística

2.1. Adjunten el programa y una muestra del material de la actividad. Formato Word o pdf, adjunto a la petición de aval docente.

2.2. Descripción del horario lectivo:

2.3. Temario (definan la estructura del programa, adjunten programa detallado junto al formulario. Con breve perfil de los ponentes)

2.4. Recursos Humanos:

Profesorado y calificación profesional

Tutores y calificación profesional

Logística (Secretaría, administración, soporte técnico, ...)

2.5 Recursos Materiales

3 Adecuación de los objetivos

El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidad y demanda que deben detallarse aunque sea de forma breve. Indiquen los mecanismos utilizados para detectar las necesidades formativas.

Necesidades a las que responde el contenido del curso:

Como han sido detectadas estas necesidades:

4 Metodología docente

Describan la/las metodología/s y su relación con los objetivos de la actividad:

5 Evaluación

Expliquen el/los tipos de evaluación/es de la actividad que están programadas (de los alumnos, del profesorado, de la actividad o del proceso):

Se entregarán hojas de evaluación similares a los otros cursos de la Sociedad Española de Neurología. La entrega de créditos se hará en base a la asistencia y a la entrega debidamente cumplimentadas de las hojas de evaluación.

Indiquen el requerimiento mínimo exigido:

Es obligatorio cumplimentar el test de evaluación.

D FUENTE DE FINANCIACION

- ☐ Entidad proveedora de la formación ☐ Becas y ayudas institucionales
- ☐ Inscripciones-matrículas de los alumnos **Patrocinadores externos (industria, etc.):**
- ☐ Otros
-

E OTROS COMENTARIOS O DATOS QUE DESEEN AÑADIR

F FIRMA

En a de de 20

Nombre y apellidos el firmante. Firma

Par más información sobre el Aval Docente de la SEN, puede contactar en el correo electrónico fc@sen.org.es

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, le informamos que sus datos serán tratados con la finalidad de realizar la gestión ofertada por **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA**. Asimismo, le informamos la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación y portabilidad de sus datos ante **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA: Vía Laietana, 23, Entlo A-D. 08003- Barcelona, socios@sen.org.es**