



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA**

**CLÁUSULA DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDAD FORMATIVA**

D/Dña.....  
D/Dña.....  
D/Dña.....

Coordinador/es del curso:

.....  
.....

Por el presente documento  
MANIFIESTAN:

Que dentro del Plan de Desarrollo Profesional Continuo 2024 del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza han solicitado la inclusión del Curso arriba referenciado.

Que se compromete/n a realizar dicha actividad de Coordinación, con las características presentadas y en las condiciones establecidas.

Que igualmente se comprometen a comunicar cualquier modificación en alguna de las características del curso (temario, docentes, horas de formación, lugar de realización, fechas,...) con un plazo mínimo de tres meses antes de la fecha de inicio de la actividad, siendo precisa la aprobación de dichas modificaciones por la Comisión de Formación Continuada del Colegio de Médicos de Zaragoza.

Y asumen que en caso de incumplimiento de alguno de esos compromisos, el ICOMZ procederá a la anulación del curso.

Firmado:

.....

Zaragoza, a .....de .....de 2023.