



Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza

IMPRESO PROPUESTAS DE FORMACIÓN
PROGRAMA 2024

Título del curso:

1- OBJETIVOS GENERALES (en el cuadro, en minúsculas):

2- COORDINACIÓN DEL CURSO:

Incluyendo: nombre, apellidos, especialidad y centro de trabajo, teléfono móvil y dirección de e-mail, así como un breve currículum (unas 10 líneas) incluyendo experiencia docente:

3- PROFESORADO

(Nombre, apellidos, especialidad, Centro de Trabajo y breve currículum -máximo 10 líneas- indicando experiencia en el tema que va a impartir en el curso)

Importante: los docentes no pueden ser MIR

4- METODOLOGIA

(Partes del curso, carácter teórico, práctico, etc. orden de las clases...)

5- **TEMARIO** (Temas de que consta el curso)

6- **MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL DISCENTE** (Examen práctico, casos, test...)

7- **DIRIGIDO A:**
(Médicos colegiados a los que interesa)

8- **FECHAS:** (Especificar las fechas posibles)

- Primer trimestre año (enero-marzo 2024):
- Segundo trimestre del año (abril-junio 2024):
- Cuarto trimestre del año (octubre-diciembre 2024)

9- **HORARIO:**

10- DURACION:

N.º horas lectivas del curso (para los alumnos=:

Nº horas docentes a efectos presupuestarios (únicamente si son distintas de las horas lectivas por haber grupos de prácticas o varios docentes a la vez):

11- PARTICIPANTES:

(N.º máximo de alumnos en el curso)

12- LUGAR DE REALIZACIÓN: indicarlo únicamente si se realizará en un lugar distinto al Centro de Formación del ICOMZ

-Si hay prácticas, indicar dónde se harían:

-Si necesitan **material para alumnos** especificar tipo de material y presupuesto necesario para su adquisición:

13- ¿CUENTA CON FINANCIACIÓN?

En caso afirmativo, para concretar el importe de la subvención debe indicar

- Nombre de la empresa farmacéutica:
- Persona de contacto:
- Teléfono y / o e-mail:

Fecha:

Firma del coordinador:

importante: este impreso deberá ir acompañado de la Cláusula de Cumplimiento de la Actividad debidamente cumplimentada y firmada