Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza



IMPRESO PROPUESTAS DE FORMACIÓN

PROGRAMA 2019-2020

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:

1. **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**

1. **METODOLOGIA**

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

1. **TEMARIO** (Temas de que consta el curso)
2. **MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL DISCENTE** (Examen práctico, casos, test…)
3. **DIRIGIDO A:**

(Médicos colegiados a los que interesa)

1. **FECHAS:**

(Especificar las fechas posibles desde finales de octubre de 2019 hasta el 14 de junio de 2020)

1. **HORARIO:**
2. **DURACION:**

N.º horas lectivas del curso:

Nº horas docentes a efectos presupuestarios (únicamente si son distintas de las horas lectivas):

1. **PARTICIPANTES:**

(N.º máximo de alumnos en el curso)

1. **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:

1. **¿CUENTA CON PATROCINIO DE LABORATORIO?**

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