

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES DE FORMACIÓN CONTINUADA DIRIGIDAS A PROFESIONES SANITARIAS DE TITULACIÓN UNIVERSITARIA SUPERIOR O MEDIA. NORMAS DE TRAMITACIÓN

El modelo que se presenta a continuación ha sido elaborado siguiendo las indicaciones de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Decreto 65/2000 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (B.O.C.M. n° 108 del 8 de mayo de 2000). Su propósito es facilitar el proceso de acreditación de actividades de formación continuada sanitaria.

Antes de cumplimentar esta solicitud, debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Son acreditables sólo aquellas actividades presenciales de formación continuada (AFC), de temas reconocidos por la profesión correspondiente, cuyos proveedores, o comités organizadores, tienen residencia en la Comunidad de Madrid y se realizan en el territorio nacional.** Las actividades con metodología a distancia deben ser presentadas en el Ministerio de Sanidad.
- **Las actividades deben ir ofertadas solamente a profesiones sanitarias de titulación universitaria superior o media, que son las siguientes:** Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Medicina, Nutrición Humana y Dietética, Odontología-Estomatología, Óptica, Podología, Veterinaria, Terapia Ocupacional. Se evaluarán también aquellas AFC dirigidas a psicólogos clínicos, químicos, biólogos y físicos que trabajen en instituciones sanitarias y sean de contenido relevante en este área de trabajo. Actividades dirigidas a cualquier otro tipo de colectivo serán desestimadas.
- Toda información que se refleje en esta solicitud debe ser coincidente con la utilizada en la publicidad y en los materiales que se entreguen a los participantes de la actividad. Si con posterioridad a su entrada en la Secretaría Técnica o a su resolución favorable de acreditación, se produjera, por motivos justificados, algún cambio que afectara a los datos recogidos en esta solicitud, debe notificarse lo más rápidamente posible a la Secretaría Técnica.
La solicitud de acreditación de AFC es voluntaria para el proveedor y gratuita.

En cuanto a la tramitación de la solicitud tenga en cuenta que:

- Ha de presentarse, al menos, **con dos meses** de antelación al inicio de la actividad, si no será desestimada.
- **La solicitud debe ir acompañada de una carta emitida por la persona responsable de la actividad docente** para la que se solicita acreditación, dirigida al Presidente de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid. La documentación debe presentarse a través de cualquiera de los registros oficiales de la Comunidad de Madrid, dirigido a nuestra sede administrativa (**C/ Bárbara de Braganza n° 8, 2º Dcha. 28004 Madrid**). El formulario de solicitud puede bajarlo de la página web de la Comunidad de Madrid, bien de “Gestiona tú mismo” o desde la Consejería de Sanidad. Si tiene problemas puede pedirlo directamente en la dirección de correo electrónico siguiente.
- Debe remitirse una copia de todo lo anterior, por correo electrónico, a la Secretaría Técnica de la Comisión a la siguiente dirección: secretaria.tecnicafc@madrid.org. Este procedimiento agiliza el proceso y acorta los plazos de resolución.
- Debe realizarse una solicitud por cada actividad docente. Si se repiten varias ediciones de una misma actividad, se deberá solicitar acreditación para cada una de las ediciones.

Para cumplimentar la presente solicitud puede incluir todo el texto que crea necesario en cualquiera de los apartados y puede ayudarse de la “Guía de evaluación de actividades de formación continuada” que también figura en la página web. Si la actividad que solicita resulta acreditada, serán publicados en la página web de la Consejería de Sanidad su título, organización proveedora, fechas de realización y número de créditos asignados.

La Secretaría Técnica sigue un sistema de gestión de la calidad dirigido a la mejora continua y a la satisfacción del cliente. Por ello, si Ud. tiene alguna sugerencia para mejorar el proceso de acreditación y comunicación le ruego nos la envíe a las direcciones anteriormente mencionadas (bien por correo ordinario o electrónico).

Esta página debe quitarla antes de remitir su solicitud.

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES DE FORMACIÓN CONTINUADA
 DIRIGIDAS A PROFESIONES SANITARIAS DE TITULACIÓN UNIVERSITARIA SUPERIOR O MEDIA.**

1.-NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

1.1.-Cite textualmente el nombre con el que se designa la actividad. Ha de ser idéntica esta denominación a la que va a figurar en su publicidad y en los diplomas o certificados acreditativos que se entregarán a los asistentes a la misma. En adelante, este nombre será la referencia oficial, junto con su nº de expediente y su fecha de celebración. Si está previsto repetir la misma actividad en otros turnos, fechas o lugares, añada al nombre la palabra “edición 1” y, en las sucesivas solicitudes, el número de edición que corresponda. Proponga un título breve en lo posible, y no incluya en él la modalidad de la actividad (curso, seminario, etc.).

--

1.2.-¿La citada actividad, tiene ediciones anteriores ya acreditadas por esta Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid?

SÍ		(Marque con X la casilla gris correspondiente)	NO	
-----------	--	---	-----------	--

1.3.- En caso de respuesta positiva, indique el nº de expediente de la primera edición acreditada

Nº EXPEDIENTE:	
-----------------------	--

2.-ENTIDAD PROVEEDORA:

(Entendemos por entidad proveedora, la institución o centro que solicita la acreditación para la actividad y se hace responsable de ella.)

2.1.- Nombre de la Institución / centro:						
2.2.- C.I.F.:						
2.3.- Dirección:						
2.4.- Municipio :						
2.5.- Provincia:						
2.6.- Código postal:						
2.7.- Responsable de la entidad:						
2.8.- Responsable de la actividad en la Institución *						
2.9.- Cargo:						
2.10.- NIF:						
2.11.- Tfno:						
2.12.- Fax:						
2.13.- E-mail:						
2.14.- Carácter de la entidad	Pública	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>

(* Al responsable citado será a quien la Secretaría Técnica se dirija para cualquier gestión y/o comunicación relacionada con la presente solicitud. Puede ser también el responsable de la entidad si así se consigna. Las comunicaciones irán dirigidas a la sede de la entidad).

2.15.- Aporta con la presente solicitud los estatutos o escrituras de constitución o reglas fundacionales de su institución (sólo para personas jurídicas, que no lo hubieran presentado con anterioridad).

SÍ		(Marque con X la casilla gris correspondiente)	NO	
----	--	--	----	--

3.- ACTIVIDAD

3.1.-DIRECTOR(ES) DOCENTES RESPONSABLE/S DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE y APELLIDOS	PUESTO DE TRABAJO

3.2.- LUGAR DE CELEBRACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

3.2.1.- Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad:	
3.2.2.- Dirección:	
3.2.3.- Municipio:	
3.2.4.- Provincia:	
3.2.5.- Código Postal:	

3.3.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD:

3.3.1.-Tipo de impartición:

(Marque con X la casilla gris correspondiente a la opción elegida. Son excluyentes. Se entiende por actividad mixta aquella que contiene actividades docentes presenciales y a distancia.).

PRESENCIAL	
NO PRESENCIAL	
MIXTA	

3.2.-Tipo de actividad:

(Marque con X la casilla gris correspondiente a la opción elegida. Son excluyentes)

CURSO			CONGRESO	
SEMINARIO			REUNIÓN CIENTÍFICA	
TALLER			SESIÓN CLÍNICA	
JORNADA			OTRAS	

3.3.3.- Nº máximo de alumnos:	
3.3.4.- Nº total horas *:	
3.3.5.- Fecha de inicio:	
3.3.6.- Fecha de finalización:	

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

3.3.6.- Profesión/es a la/s que se dirige:

(En la columna “PROFESIÓN” marque con **X** la casilla gris correspondiente a la/s profesión/es elegidas. En “Especialidad” sólo deben figurar las especialidades oficiales de la profesión y en Área de trabajo las áreas o ámbito de trabajo más específicos).

PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	ÁREA DE TRABAJO
ENFERMERÍA		
FARMACIA		
FISIOTERAPIA		
MEDICINA		
ODONTOLOGÍA/ESTOMATOLOGÍA		
ÓPTICA-OPTOMETRÍA		
PODOLOGÍA		
VETERINARIA		
TERAPEUTA OCUPACIONAL		
NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA		
PSICOLOGÍA CLÍNICA		
BIOLOGÍA		
QUÍMICA		
FÍSICA		

4.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

4.1.- OBJETIVOS DOCENTES.

Los objetivos de formación han de explicitar lo que se pretende conseguir con la actividad. Por un lado, el objetivo global (“Objetivo general de la actividad”). Por otro lado, han de describirse los objetivos que se pretenden conseguir en el proceso de aprendizaje de los participantes (“Objetivos específicos de la actividad”).

4.1.2.- OBJETIVO/S GENERAL/ES DE LA ACTIVIDAD

4.1.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA ACTIVIDAD

4.2.- ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA.

4.2.1- CALENDARIO Y PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD.

Incluya en este apartado una tabla o texto que claramente muestre y relacione el orden cronológico y contenido de cada jornada de la actividad expresando al menos los siguientes datos: Día/s y mes/es en que se desarrolla la actividad. Total del número de horas por jornada, con su horario y secuencia de cada jornada. Temario, contenido o actividades que se desarrollan en cada jornada. Profesores y/o ponentes que intervienen en cada jornada.

TOTAL HORAS DE TEORÍA	
TOTAL HORAS DE PRÁCTICAS	
TOTAL HORAS (Teoría + Práctica):	

4.2.2- RECURSOS HUMANOS

4.2.2.1.- PROFESORADO DEL PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD

Incluya en este apartado una tabla o texto que claramente muestre y relacione la siguiente información relativa al equipo docente de la actividad: Nombre y apellidos. Titulación/es. Centro de trabajo y cargo laboral. Campo de especialización o calificación profesional.

En caso de presentar un Congreso, especifique también el Comité Organizador y el Comité Científico.

4.2.3.- RECURSOS MATERIALES

Refleje en este espacio todos los medios materiales que se van a utilizar en el desarrollo de la actividad: espacios, apoyos audiovisuales, informáticos, aparataje, instrumental. etc.

Para las actividades no presenciales, indique el tipo de soportes materiales de formación (texto impreso, CD, recursos de Internet, etc.), así como los sistemas de elaboración y evaluación de materiales y cuestionarios.

--

4.2.4.- MÉTODO DE SELECCIÓN E INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS:

Indique qué requisitos deben cumplir los alumnos o asistentes a la actividad y las prioridades y método de selección que se va a establecer.

--

4.3.- PERTINENCIA DE LA ACTIVIDAD

El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidad y demanda, las cuales deben ser especificadas. Indicar como se han detectado las necesidades formativas del colectivo al que se oferta la actividad (estudios, opinión de los profesionales...).

4.3.1.- Describa las necesidades, ya sean de tipo social, institucional o profesional a los que se trata de responder con el desarrollo de la actividad.

4.3.2.- Cómo han sido detectadas dichas necesidades (métodos, fuentes de información utilizadas etc.) y cualquier información de interés que desee añadir.

4.4.- METODOLOGÍA DOCENTE

4.4.1.- Describa la/s metodología/as docentes que se utilizarán y su relación con el temario y objetivos de la actividad.

4.4.2.- Describa, en caso necesario, la/s interacción/es entre alumnos y entre estos y el profesorado, así como otra información de interés que considere oportuna.

4.5.- EVALUACIÓN

4.5.1.- Explícite los métodos de control y evaluación que se van a emplear en la actividad (participantes, profesores, actividad, proceso o asistencia, etc), así como el medio o sistema empleado y los requerimientos exigidos para la obtención de los créditos. Debe adjuntar los modelos de impresos de evaluación.

5.- FINANCIACIÓN

5.1.- Financiación de la actividad.

FUENTE DE FINANCIACIÓN	CUANTÍA
Financiación por parte de la entidad proveedora*	
Financiación por parte de patrocinador/es	
Financiación por derechos de inscripción de los participantes	
Presupuesto total de la actividad (suma de los anteriores)	

5.2.- Importe de la inscripción o matrícula del participante.

5.2.1. Importe unitario de la matrícula				
5.2.2. ¿Existen becas?	Sí		No	
5.2.3. ¿Existen descuentos?	Sí		No	

5.2.4. Indique otras indicaciones o aclaraciones que quiera realizar:

5.3.- Patrocinadores.

Al cumplimentar la tabla: Escriba, en la única zona sombreada de cada celdilla, la totalidad de los datos de la columna correspondiente, administrando los espacios necesarios para que la composición y lectura de la tabla sea clara.

CIF	NOMBRE	PÚBLICO PRIVADO OTROS	CUANTÍA

6.- INFORMACIÓN ADICIONAL (máximo 10 líneas)

7.- FECHA DE REMISIÓN DE LA SOLICITUD Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD