***SOLICITUD DE PATROCINIO CIENTÍFICO DE ACTIVIDADES DOCENTES DE FORMACIÓN CONTINUADA***

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA (SEHH)**

**1.-TITULO DE LA ACTIVIDAD**

**2.-ENTIDAD PROVEEDORA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución / centro: |  |
| Dirección: |  |
| Municipio : |  |
| Provincia: |  |
| Código postal: |  |
| Responsable de la entidad: |  |
| Responsable de la actividad en la Institución \* |  |
| Cargo: |  |
| Tfno: |  |
| Fax: |  |
| E-mail: |  |
| Carácter de la entidad | Pública |  | Privada |  | Otras |  |

(**\*** 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).

**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:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad: |  |
| Dirección: |  |
| Municipio: |  |
| Provincia: |  |
| Código Postal: |  |

**3.3.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD:**

|  |  |
| --- | --- |
| PRESENCIAL |  |
| NO PRESENCIAL |  |
| MIXTA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CONGRESO |  |
| REUNIÓN CIENTÍFICA |  |
| SESIÓN CLÍNICA |  |
| REVISTA |  |
| OTRAS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CURSO |  |
| SEMINARIO |  |
| TALLER |  |
| JORNADA |  |
| OTRAS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBLICACIONES PERIÓDICAS** |  |
| Revista |  |
| Libro |  |
| Documento informativo Gran Público |  |
| Formato electrónico (CD-R) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nº máximo de alumnos: |  |
| Nº total horas \*: |  |
| Fecha de inicio: |  |
| Fecha de finalización: |  |

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

**4.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD**

**4.1.- OBJETIVOS DOCENTES/ GENERAL/ES DE LA ACTIVIDAD**

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”).

**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. EN CASO DE PUBLICACIÓN PERIÓDICA, INDICAR ÍNDICE + AUTORES.

**4.2.2- RECURSOS HUMANOS / 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. \* Pueden aportar el programa del curso

**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.

**4.3.- METODOLOGÍA DOCENTE**

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

**5.- 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** |
|  |  |  |

**Información Adicional:**

**FECHA DE REMISIÓN DE LA SOLICITUD: ……………..**

**FIRMA DEL DIRECTOR(ES) DOCENTES RESPONSABLE/S DE LA ACTIVIDAD**

……………………………………………………………………………………………….

**TASAS DE TRAMITACIÓN: 1.000€ (IVA 21% no incluido)**

**DATOS FISCALES PARA LA EMISIÓN DE LA FACTURA**

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZÓN FISCAL** |  |
| **CIF** |  |
| **DIRECCIÓN FISCAL (incluir código postal, población y provincia)** |  |
| **PERSONA CONTACTO** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **EMAIL** |  |

# NOTA: le rogamos tengan la amabilidad de facilitarnos un email y teléfono de contacto para poder tramitar la emisión de la factura correspondiente

**Las solicitudes deben dirigirse por correo electrónico a:**

**Secretaría Técnica**

A/A: Carmen González secretariamadrid@sehh.es

Según se indica en el Reglamento de Avales: Estarán exentas de pago aquellas actividades que:

**1**.- Sean solicitadas por un socio de la SEHH a título personal y que demuestre no disponer de ningún tipo de financiación complementaria por parte de la industria para realizar la actividad.

**2**.- Aquellas que sean solicitadas por sociedades científicas u organismos públicos con los que exista acuerdo expreso o pacto de mutua exención de pago de auspicios.

**3**.- Las promovidas por organismos o instituciones con fines benéficos o Asociaciones de Pacientes.

**4.-**Cualesquiera otras que estime oportunas el patronato de la FEHH.

**NOTA:** Para poder solicitar la exención de las tasas, en el caso que se encuentre en una de las situaciones descritas anteriormente, deberá enviar junto con el formulario de petición de aval, un escrito solicitando expresamente la exención de las tasas y el motivo por el cual lo solicita al e-mail: secretariamadrid@sehh.es

# ANEXO

Les informamos que la **Petición de Aval** de la SEHH se gestiona de forma independiente a la **petición de Acreditación.**

Según la sentencia del Tribunal Constitucional (a instancia de un recurso de inconstitucionalidad presentado por el Gobierno de Aragón contra la Ley 2003 de Ordenación de la profesiones sanitarias), publicado en el BOE (Nº 63 / 15-03- 11), **las competencias de educación se encuentran desde el 15-03-11 transferidas a cada Comunidad Autónoma.** Por esta razón, la SEHH en colaboración con SEAFORMEC (según el convenio firmado entre ambas en fecha 18 de diciembre de 2008) dejó de emitir acreditaciones desde el pasado 14 de marzo de 2011.

El Sistema de Acreditación de Cursos y Actividades de Formación Continuada en materia de Sanidad se encuentra actualmente gestionado a través de las entidades designadas oficialmente por las propias autonomías.

**La Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias de la Consejería de Sanidad** tiene actualmente encomendadas las funciones de acreditación de la formación Sanitaria continuada en la Comunidad de Madrid, de conformidad con los criterios comunes establecidos para todo el Sistema Nacional de Salud.

**INFORMACIÓN**

**CONSEJERÍA DE SANIDAD C.A.M.**

**Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias**

Tlfno: 91 426 58 93 – 586 72 95

secretaria.tecnicacfc@salud.madrid.org

**Página web para el acceso a los formularios:**

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\_Tramite\_FA&cid=1109168959769&definicion=Autorizacion+Licencia+Permiso+Carne](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Tramite_FA&amp;cid=1109168959769&amp;definicion=Autorizacion%2BLicencia%2BPermiso%2BCarne&amp;idConsejeria=1109266187266&amp;idListConsj=1109265444710&amp;idOrganismo=1142439298878&amp;language=es&amp;pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&amp;sm=1109266100986&amp;tipoServicio=CM_Tramite_FA)

[&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439298878&language=es&pagename=Comun](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Tramite_FA&amp;cid=1109168959769&amp;definicion=Autorizacion%2BLicencia%2BPermiso%2BCarne&amp;idConsejeria=1109266187266&amp;idListConsj=1109265444710&amp;idOrganismo=1142439298878&amp;language=es&amp;pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&amp;sm=1109266100986&amp;tipoServicio=CM_Tramite_FA) [idadMadrid%2FEstructura&sm=1109266100986&tipoServicio=CM\_Tramite\_FA](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Tramite_FA&amp;cid=1109168959769&amp;definicion=Autorizacion%2BLicencia%2BPermiso%2BCarne&amp;idConsejeria=1109266187266&amp;idListConsj=1109265444710&amp;idOrganismo=1142439298878&amp;language=es&amp;pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&amp;sm=1109266100986&amp;tipoServicio=CM_Tramite_FA)

# OBSERVACIONES:

La **Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias** exige como requisito que la petición de acreditación se realice con **un mínimo de 2 meses de antelación al inicio de la actividad y de forma telemàtica.**

Se recomienda descargar directamente los formularios desde la página web de la Dirección General de Investigación, **Formación e Infraestructuras Sanitarias** para cada petición ya que los formularios se actualizan regularmente lo que permitirá segurar al solicitante que el formulario utilizado sea el correcto.

# CLÁUSULA INFORMATIVA (ART. 5.1 LOPD)

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero responsabilidad de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA, cuya finalidad es facilitarle la información que nos solicite o gestionar los servicios que usted requiera. Puede usted ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos, mediante escrito, acompañado de copia del documento oficial que acredite su identidad, dirigido a la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA en la siguiente dirección: C/ Fortuny, 51. 28010 Madrid (Madrid).