COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91

AV. GÜEMES (o) Nº 210 – CP (4700) Catamarca – Cel.: (383)4642402 –
www.colegiomedicocat.com.ar
E-mail: colmecat@hotmail.com

NO SE EVALUARÁN CURSOS INCOMPLETOS O CON INFORMACIÓN PARCIAL, NI AQUELLOS QUE SE PRESENTEN EN FECHAS POSTERIORES A LAS INDICADAS.

Organismo solicitante:…….....

- **Aval (puntaje doble)** □
- **Publicidad** □ (en medios oficiales de la Institución)
- **Ayuda Económica** □ (máximo 1 veces por año)
- **Certificados** □ (solo actividades coorganizadas con el Colegio de Médicos)

Los certificados se entregan digitalmente a cada sociedad, la cual se encargara de repartirlos.

Título del curso:……

Tipo de actividad	Curso □ (Jornadas de 1 o 2 días) Curso Anual □ (Con frecuencia semanal o quincenal)
Organizado por:	Hospital □ Ministerio de Salud □ Sociedad Científica □ Otros □ Especificar: .....
Sede:	Nombre de la institución que facilita las instalaciones: Dirección: Teléfono:
Destinatarios:	Especialistas □ Médico en Gral. □ Otros miembros del equipo □ Especificar:
Cantidad de vacantes:	Número máximo de inscriptos que se aceptarán: ..... Con menos de 10 inscriptos **SE SUSPENDE** la actividad programada.

Docentes	**Coordinador** 1:	
	Nombre:	
	Domicilio:	
	Teléfono:	Teléfono alternativo:
	Correo electrónico:	Correo alternativo: ……
	Mail de contacto de Filial:	
	Coordinador2:	
	Nombre:	
	Domicilio:	
	Teléfono:	Teléfono alternativo:
	Correo electrónico:	Correo alternativo: ……
	Mail de contacto de Filial:	

COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91

AV. GÜEMES (o) Nº 210 – CP (4700) Catamarca – Cel.: (383)4642402 –
www.colegiomedicocat.com.ar
E-mail: colmecat@hotmail.com

Programa del curso: Objetivos	**1.** **2.** **3.**

Duración	Día/s de la semana en los que se dictará el curso: Hora de inicio y de finalización de las actividades: Número total de Reuniones/Encuentros/Clases:
Evaluación	Evaluación del aprendizaje SI NO Exámenes escritos ☐ Presentación de informes ☐ Monografías ☐ Otros: detallar:.....
	Evaluación de la actividad / Encuesta de opinión SI NO

Firma del coordinador del curso: .....

Aclaración:

Fecha: ……

Firma de Secretaria Científica
del Colegio de Médicos aprobando el Curso o Jornada: ……

Fecha:……