

SOLICITUD DE AVAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE NEUROLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES

Por favor, cumplimente todos los campos

RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DEL AVAL:

- a) NOMBRE
- b) CARGO
- c) CENTRO DE TRABAJO
- d) RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD
- e) E-MAIL:
- f) TELEFONO:
- g) ¿ES SOCIO DE LA SVN?: SI

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

- h) TITULO
 - i) PROGRAMA (Por favor, remítelo en un archivo adjunto)
 - j) FECHAS DE LA ACTIVIDAD
 - Actividad de tipo presencial: SI
Lugar:
Nºhoras:
 - Actividad a distancia: SI
Formato: PAPEL
Nº horas:
- (Si mixto rellenar ambos puntos previos)

PROFESORADO PARTICIPANTE (Nombre, Cargo, Centro de Trabajo y relación con la actividad)

| NOMBRE | CARGO | CENTRO DE TRABAJO | RELACION CON LA ACTIVIDAD |
|--------|-------|-------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD: DOCENTE

TIPO DE ACTIVIDAD: JORNADA

DISPONE DE FINANCIACIÓN PRIVADA: NO (GRATUITO SI SOCIO SVN)

Por favor, remita este cuestionario debidamente cumplimentado a la siguiente dirección de correo: secretariasvn@shmedical.es