

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?:

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

- h) TITULO
- i) PROGRAMA (Por favor, remítelo en un archivo adjunto)
- j) FECHAS DE LA ACTIVIDAD:
 - Actividad de tipo presencial:
 - Lugar:
 - Nºhoras:
 - Actividad a distancia:
 - Formato:
 - 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:

TIPO DE ACTIVIDAD:

DISPONE DE FINANCIACIÓN PRIVADA:

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