

## 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](mailto:secretariasvn@shmedical.es)