

FORMULARI DE SOL·LICITUD DEL DIPLOMA D'ACREDITACIÓ COL·LEGAL EN FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA/ DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL CONTINUAT (DAC-FMC/DPC)

Núm. de col·legiat:

Nom i cognoms:

Data naixement:/...../..... Sexe: Home Dona Any de Llicenciatura:

Carrer/Plaça: Número: pis: porta:

Població: Codi Postal:

Tel.: Fax: E-mail:

Exercici professional
en població:

- menys de 5.000 habitants
 De 5.000 a 50.000 habitants
 De 50.000 a 500.000 habitants
 Més de 500.000 habitants

Activitat Prioritària:

- Pública Privada

Lloc de Treball Prioritari:

- Hospitalari Extrahospitalari

Nivell o Càrrec Assistencial:

Grau de Doctor:

- SI NO

Especialitat:

- Via MIR Altra Via

Les vostres dades personals seran tractades per l'Oficina Tècnica d'Acreditació del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB) amb la finalitat de gestionar la vostra sol·licitud i expedir el certificat de desenvolupament professional, en el marc de les funcions previstes als seus Estatuts (Resolució Jus/3827/2008 de 9 de desembre) i a la Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals.

La informació relativa a l'activitat de formació continuada es conservarà en el vostre expedient col·legial de forma permanent i als efectes de la seva acreditació durant el termini de vigència des de la seva expedició.

Les seves dades personals seran cedides al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) als efectes de valorar i acreditar els requeriments exigibles per a l'obtenció del DAC-FMC/DPC. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, per correu postal (Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona), per email (dadespersonals@comb.cat) o a través de l'App MetgesBarcelona. Així mateix, s'informa que el CoMB disposa d'un Delegat en Protecció de Dades (dpo@comb.cat). Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

Signatura

..... a d de

ACTIVITATS DE FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA ACREDITADES

Activitats de Formació Mèdica Continuada acreditades i realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre (Adjuntar fotocòpia dels certificats de les activitats)

1

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autonòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

2

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autonòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

3

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autonòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

ACTIVITATS DE FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA ACREDITADES

Activitats de Formació Mèdica Continuada acreditades i realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre (Adjuntar fotocòpia dels certificats de les activitats)

4

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autònòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

5

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autònòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

6

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autònòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

ACTIVITATS DE FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA ACREDITADES

Activitats de Formació Mèdica Continuada acreditades i realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre (Adjuntar fotocòpia dels certificats de les activitats)

7

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autònòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

8

Nom/Títol de l'activitat:

..... Data/es de realització:

• Modalitat de la Formació:

Presencial: No Presencial: (a distància) Mixte: (a distància amb sessions presencials)

• Tipus d'activitat:

Curs Taller/Seminari Congrés/Reunió Altres

• Entitat proveïdora de la Formació:

• Institució acreditadora de l'activitat:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC) o altres Comissions Autònòmiques

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o SEAFORMEC

Altres:

Nombre d'hores de l'activitat Nombre de crèdits

En cas necessari utilitzi fulls addicionals seguint el mateix format

• A omplir només per l'OTA

Nombre d'activitats: _____

Nombre de crèdits adduits (del CCFMC, C. Autònòmiques, de la CFCSNS i SEAFORMEC) _____

Nombre de crèdits homologats (d'altres Institucions) _____

TOTAL CRÈDITS TIPUS A _____

ACTIVITATS DE DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL CONTINUAT

Realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre

ESTADES DE PERFECCIONAMENT

A omplir per l'OTA

1

Institució:

Data inici / final: /

Existència d'un programa oficial de perfeccionament: Si No

Persona responsable-tutor:

Descripció de l'activitat:

.....
.....
.....
.....

2

Institució:

Data inici / final: /

Existència d'un programa oficial de perfeccionament: Si No

Persona responsable-tutor:

Descripció de l'activitat:

.....
.....
.....
.....

3

Institució:

Data inici / final: /

Existència d'un programa oficial de perfeccionament: Si No

Persona responsable-tutor:

Descripció de l'activitat:

.....
.....
.....
.....

Adjuntar fotocòpia dels certificats de les activitats i/o del programa oficial.

TOTAL CRÈDITS

ACTIVITATS DE DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL CONTINUAT

Realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre

TUTOR d'estades de perfeccionament

A omplir per l'OTA

1

Institució:

Data inici / final: /

Existència d'un programa oficial de perfeccionament: Si No

Persona responsable:

Descripció de l'activitat:

.....
.....
.....
.....

2

Institució:

Data inici / final: /

Existència d'un programa oficial de perfeccionament: Si No

Persona responsable:

Descripció de l'activitat:

.....
.....
.....
.....

3

Institució:

Data inici / final: /

Existència d'un programa oficial de perfeccionament: Si No

Persona responsable:

Descripció de l'activitat:

.....
.....
.....
.....

Adjuntar fotocòpia dels certificats
de les activitats i/o del programa oficial.

TOTAL CRÈDITS

ACTIVITATS DE DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL CONTINUAT

Realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre

PONÈNCIES OFICIALS, COMUNICACIONS ORALS I POSTERS

A omplir per l'OTA

1 Nom de l'activitat: Lloc:
 Entitat organitzadora: Data:
 Tipus de participació: Ponència Comunicació oral o pòster

2 Nom de l'activitat: Lloc:
 Entitat organitzadora: Data:
 Tipus de participació: Ponència Comunicació oral o pòster

3 Nom de l'activitat: Lloc:
 Entitat organitzadora: Data:
 Tipus de participació: Ponència Comunicació oral o pòster

4 Nom de l'activitat: Lloc:
 Entitat organitzadora: Data:
 Tipus de participació: Ponència Comunicació oral o pòster

5 Nom de l'activitat: Lloc:
 Entitat organitzadora: Data:
 Tipus de participació: Ponència Comunicació oral o pòster

TOTAL CRÈDITS

LLIBRES I MONOGRAFIES

1 Títol del llibre:
 Director de llibre: Títol del capítol:
 Editorial: Lloc i any d'edició:

2 Títol del llibre:
 Director de llibre: Títol del capítol:
 Editorial: Lloc i any d'edició:

TOTAL CRÈDITS

Adjuntar fotocòpia dels certificats de les activitats, o de la primera pàgina del llibre.

CRÈDITS TIPUS B

ACTIVITATS DE DESENVOLUPAMENT PROFESSIONAL CONTINUAT

Realitzades en el període de dos anys anteriors a la data de registre

ARTICLES CIENTÍFICS

A omplir per l'OTA

1
Títol:
Autors:
Referència (nom de la revista, any, volum, pàgines):

2
Títol:
Autors:
Referència (nom de la revista, any, volum, pàgines):

3
Títol:
Autors:
Referència (nom de la revista, any, volum, pàgines):

4
Títol:
Autors:
Referència (nom de la revista, any, volum, pàgines):

5
Títol:
Autors:
Referència (nom de la revista, any, volum, pàgines):

6
Títol:
Autors:
Referència (nom de la revista, any, volum, pàgines):

Adjuntar fotocòpia dels articles.

TOTAL CRÈDITS

OPCIÓ 1: CRÈDITS TIPUS A **TOTAL A**

OPCIÓ 2: CRÈDITS TIPUS A

CRÈDITS TIPUS B

TOTAL A + B