FORMULARI PER A LA SOL·LICITUD D'ACREDITACIÓ D'ACTIVITATS

DE FORMACIÓ CONTINUADA - MODALITAT PRESENCIAL

# A. ENTITAT PROVEÏDORA

Nom

CIF

Adreça

Localitat – Província – Codi postal

Telèfon Fax

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Adreça electrònica

Responsable i càrrec a l'entitat

# B. ACTIVITAT

Títol de l’activitat

Responsable de l’activitat (nom i càrrec)

Persona de contacte: noms i llinages, telèfon, fax i adreça electrònica

|  |
| --- |
|  |

Població/ons – Província/es on té lloc

Tipus d'activitat (marcau amb una X):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Congrés |  | Seminari |  |
| Jornades |  | Taller |  |
| Reunió científica |  | Sessions clíniques |  |
| Curs |  | Altres (especificau) |  |

Nombre màxim de participants: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Control d'assistència ***(requisit formal per admetre a tràmit l'activitat)***:

* Mètode utilitzat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mínim exigit (adjuntau model): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durada de l'activitat (nombre d’hores docents): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data d'inici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de finalització: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dates i llocs d'altres edicions programades ***(fins a un màxim de 12 mesos des de l’inici de la 1a edició de l’activitat)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Data inici* | *Data fi* | *Lloc* |
| / / | / / |  |
| / / | / / |  |
| / / | / / |  |
| / / | / / |  |
| / / | / / |  |

L'activitat actual és:

 1a edició

|  |
| --- |
|  |

 Edicions successives

(indicau núm. expedient 1a edició)

***(adjuntau una fotocòpia de la notificació de la resolució de l'acreditació anterior***)

**PROFESSIONS SANITÀRIES A QUÈ ES DIRIGEIX L'ACTIVITAT (LOPS 44/2003, de 21 de novembre) *(assenyalau només els professionals sanitaris objectiu de l’activitat)*:**

* Llicenciatura o graus en ciències de la salut:

 Metges (especialitat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Farmàcia

 Psicologia clínica Odontologia

 Psicologia general sanitària Veterinària

Especialistes en ciències de la salut : Física Biològica Química Bioquímica

* Diplomatures o graus en ciències de la salut:

Infermeria (especialitat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Fisioteràpia  Logopèdia

 Nutrició humana i dietètica Òptica i optometria

 Podologia Teràpia ocupacional

* Titulacions de formació professional reglada de l’àrea sanitària:

 Tècnic de grau mitjà: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tècnic de grau superior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. CARACTERÍSTIQUES DE L'ACTIVITAT**

**1. Pertinència de l’activitat**

Enumerau les necessitats formatives a les quals respon el contingut de l'activitat (institucionals, professionals, socials). S'ha d'indicar com s'han detectat aquestes necessitats (estudis, opinió dels professionals...).

|  |
| --- |
|  |

**2. Objectius**

Els objectius de formació han d'explicitar allò que es pretén aconseguir amb l'activitat: per una banda, l'objectiu global («Objectiu general de l'activitat») i, per una altra, els objectius concrets que es volen aconseguir en el procés d'aprenentatge dels participants («Objectius específics de l'activitat»).

2.1. Objectiu general

2.2. Objectius específics

|  |
| --- |
|  |

**3.** **Organització i logística**

***Docents: especificau-ne la titulació professional, la formació relacionada amb la formació que s’ha d’impartir i l’experiència com a docent (la informació de tots els docents ha d’anar en un sol document).***

3.1. Adjuntau un cronograma detallat de l'activitat en què es descriguin els aspectes següents:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Contingut-Temari* | *Data impartició* | *Horari d’inici i finalització de cada ponència* | *Docents, categoria prof. i titulació relacionada* |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | *…………**…………**…………**…….......**...............* | ………………………………........................... | …………………………………………………………………………………………………………............................... |

3.2. Altre personal no docent:

|  |
| --- |
|  |

3.3. Mètode de selecció de l’alumnat i tipus d'inscripció emprat:

|  |
| --- |
|  |

3.4. Recursos materials (material imprès, transparències, vídeos, diapositives...):

|  |
| --- |
|  |

**4. Mètode docent**

Descriviu el mètode que s'hi utilitzarà i la relació amb els objectius de l'activitat. Especificau les interaccions entre els participants i/o entre aquests i el professorat.

|  |
| --- |
|  |

**5. Avaluació**

Explicau els tipus i les proves d'avaluació programades de l'activitat: alumnat, professorat, activitat, procés, impacte... ***(adjuntau model)***

|  |
| --- |
| ***Heu d’adjuntar el qüestionari de satisfacció (requisit obligatori per admetre a tràmit l’activitat).*** |

5.1. Indicau el requeriment mínim exigit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D. FINANÇAMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Finançament de l'activitat | Quantia (€) |
| Pressupost global |  |
| Import de la inscripció o matrícula |  |
| Finançament per part d'entitat/s proveïdora/es |  |
| Subvencions rebudes per formació o pendents |  |

**Informació sobre el patrocinador**

D.1. Patrocinador públic (institucions i quantia)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

D.2. Patrocinador privat (institucions i quantia**)**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

L’organitzador o proveïdor és totalment responsable de la planificació i dels continguts de l’activitat que se sotmet a acreditació i en cap cas les aportacions en concepte de patrocini comercial no han de condicionar:

1. La independència dels continguts.El proveïdor ha de garantir que els continguts del programa no estan esbiaixats comercialment**.**
2. La independència dels ponents.Les aportacions del patrocinador no han de condicionar la selecció dels ponents. A més, s’ha de donar a conèixer qualsevol relació entre ponents i patrocinadors (conflicte d’interessos).
3. El control de la publicitat. El proveïdor és responsable dels continguts dels materials de promoció de la activitat.
4. La presència de logotips comercials. El nom del patrocinador comercial només pot constar en els materials promocionals i en els programes, no en els materials docents. En els materials promocionals i docents no hi pot haver cap referència a un producte comercial concret.

Informació addicional

|  |
| --- |
|  |

Data:

Firma:

El responsable de l’entitat proveïdora

**Informació sobre protecció de dades personals**

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d’abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d’aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades), i amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades, s’informa del tractament de dades personals que conté aquesta sol·licitud.

Finalitat del tractament i base jurídica. Tramitació del procediment administratiu per acreditar les activitats de formació continuada dels professionals sanitaris, d’acord amb el Decret 29/2018, de 14 de setembre, pel qual es regulen la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries de les Illes Balears, el procediment d’acreditació i les activitats de col·laboració i avaluació que duen a terme experts avaluadors, així com les indemnitzacions que se’n deriven.

Responsable del tractament. La Direcció General de Recerca en Salut, Formació i Acreditació (*secretaria@dgaval.caib.es*).

Destinataris de les dades personals. No se cediran les dades personals a tercers, tret que hi hagi una obligació legal o un interès legítim d’acord amb el RGPD.

Termini de conservació de les dades. Les dades es conservaran durant el temps necessari per complir la finalitat per a la qual es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats que es puguin derivar d’aquesta finalitat i del tractament de les dades. Hi és aplicable el que disposa la normativa d’arxius i documentació.

Existència de decisions automatitzades. No estan previstes cessions de dades a països tercers, ni l’existència de decisions automatitzades.

Exercici de drets i reclamacions. La persona afectada pel tractament de dades personals pot exercir els seus drets d’informació, d’accés, de rectificació, de supressió, de limitació, de portabilitat, d’oposició i de no inclusió en tractaments automatitzats (i, fins i tot, de retirar-ne el consentiment, si escau, en els termes que estableix el RGPD) davant el responsable del tractament esmentat abans, mitjançant el procediment «Sol·licitud d’exercici de drets en matèria de protecció de dades personals», previst a la seu electrònica de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears ([*seuelectronica.caib.es*](http://www.caib.es)).

Una vegada rebuda la resposta del responsable, o en el cas que no hi hagi resposta en el termini d’un mes, pot presentar la «Reclamació de tutela de drets» davant l’Agència Espanyola de Protecció de Dades.

Delegació de protecció de dades. La Delegació de Protecció de Dades de l’Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears té la seu a la Conselleria de Presidència (pg. de Sagrera, 2, 07012 Palma; a/e: *protecciodades@dpd.caib.es*).