Formulario de Solicitud de Aval Científico UECE

**I. DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD** (Nombre completo y siglas)

Haga clic aquí para escribir texto.

**II. RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD**

Responsable/Director/ AutorHaga clic aquí para escribir texto.

 (Se ruega indicar el nombre, hospital/universidad, ciudad y país)

Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre:Haga clic aquí para escribir texto.

Hospital:Haga clic aquí para escribir texto.

Dirección:Haga clic aquí para escribir texto.

Tel:Haga clic aquí para escribir texto.

Fax:Haga clic aquí para escribir texto.

E-mail:Haga clic aquí para escribir texto.

Miembro de la UESCE? SI/No

Persona de contacto (si es diferente) – dirección, e-mail y teléfono

Nombre:Haga clic aquí para escribir texto.

Dirección:Haga clic aquí para escribir texto.

Tel:Haga clic aquí para escribir texto.

E-mail:Haga clic aquí para escribir texto.

Miembro de la UESCE? SI/NO

**III Declaración de conflictos de interés potenciales**

**IV. BREVE JUSTIFICACION DE LA ACTIVIDAD**

**VI. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD**

Objetivo general

Objetivos específicos

**VI. POBLACION Y AREA A LA QUE SE DESTINA**

**VII. CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD**

**VIII CONTROL DE CALIDAD.**

Control de asistencia

Encuesta de evaluación

Evaluación del proceso formativo.

Declaro que son ciertos todos los datos que figuran en esta solicitud.

Fdo.:

Fecha: