



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

Registro de entrada (no cumplimentar)

DATOS GENERALES

Denominación de la actividad formativa

Director/es de la actividad formativa

Entidad organizadora de la actividad formativa (empresa/organismo)

En Canarias, a de de

El director

Fdo:

Vº. Bº. Responsable del Centro/Clinica/Empresa y sello

Fdo:



(1) Director/es

Apellidos y nombre

Titulación/es

Centro de trabajo

(2) Personas a quien va dirigido

Diplomado/Licenciado/Graduado en:

Estudiantes:

1º curso 2º curso 3º curso 4º curso

Otros:

(3) Objetivos

(4) Área temática (marcar)

Fisioterapia neuromusculoesquelética

Fisioterapia deportiva

Fisioterapia neurológica

Fisioterapia pediátrica

Fisioterapia en uroginecología y obstetricia

Fisioterapia cardiorespiratoria

Fisioterapia en geriatría y gerontología

Otros:

(5) Lugar de celebración

(6) Calendario previsto

Fechas:

Horario:

(7) Dirección y teléfono del director/entidad organizadora:

Dirección	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>

(8) Duración del curso

N.º horas teóricas:	<input type="text"/>
N.º horas prácticas:	<input type="text"/>

(9) Número de plazas de alumnos

N.º mínimo:	<input type="text"/>	N.º máximo:	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-------------	----------------------

(10) Titulación mínima exigible a los alumnos del curso

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

(11) Criterios para la selección del alumnado, si existen

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

(12) Control y sistemas de evaluación final del alumnado

Control de firmas por sesiones:

Otros sistemas de control (especificar):

Asistencia a más del 80% de las sesiones:

Otros sistemas de evaluación (especificar):

(13) Profesor/es

Apellidos y nombre	DNI	Titulación/nº colegiado	Centro trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



(15) Metodología docente, material de apoyo y documentación con los siguientes apartados:

Metodología docente: Detallar si se impartirán el curso en formato lección magistral, trabajo en grupo.

Material de apoyo: Detallar el mobiliario a emplear, material fungible, material específico y medios audiovisuales.

Documentación: Detallar si se facilitarán documentación y porque vía (online, formato papel, pendrive)

(16) Gestión de residuos (exclusivo para cursos de fisioterapia invasiva)

Protocolo de gestión de residuos (se puede adjuntar como anexo):

Nombre de la empresa responsable de la gestión de residuos:

Número de contenedores:

contenedores

(17) Importe de la matrícula del curso por alumno

€



(18) Anexos (señalar los anexos que se adjuntan)

- Anexo I: Política de cancelación del curso
- Anexo II: Consentimiento informado (obligatorio adjuntar para aquellos cursos en los que se realicen prácticas intracavitarias, de fisioterapia invasiva y/o con pacientes)
- Anexo III: Protocolo de gestión de residuos (obligatorio adjuntar y/o cumplimentar en el apartado 16 para aquellos cursos en los que se realicen prácticas de fisioterapia invasiva)
- Anexo IV: Otros



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Curso

Fecha

Profesor

Director del curso

1. Nivel del aspecto teórico del curso

Muy bueno Bueno Suficiente Escaso Nulo

2. Nivel del aspecto práctico del curso

Muy bueno Bueno Suficiente Escaso Nulo

3. Calidad de las ponencias, charlas (soporte técnico; verbal)

Muy bueno Bueno Suficiente Escaso Nulo

4. Evalúe el curso con una puntuación entre 1 y 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Posibles aspectos a mejorar

6. ¿Recomendaría el curso?

sí no

Explique brevemente el por qué



7. ¿Le gustaría una ampliación del mismo?

si no

Explique brevemente el por qué

8. Conocimientos previos en relación con el tema del curso

9. Observaciones



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Curso / evento

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

1. Calidad general de las instalaciones

Muy bueno Bueno Suficiente Escaso Nulo

2. Evalúe del 1 al 10 los siguientes aspectos en relación a las instalaciones:

Ubicación

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Accesibilidad

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comodidad de las instalaciones

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Materiales audiovisuales (proyectos, ordenador, etc.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Evalúe del 1 al 10 la organización del curso:

Organización general

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Publicidad del curso

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Método de inscripción

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Comentarios

Aspectos a mejorar

Observaciones

