**FORMULARIO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO DE FORMACIÓN Y SIMULACIÓN DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | 11 de Noviembre de 2019 |
| **SOLICITANTE** | Nombre y apellidos, email, teléfono de contactoDavid Crevillén Carretero, david@grupodcsolutions.com 608023613 |
| **PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO** | Servicio, Unidad, empresaGrupoDC Solutions slu |
| **TÍTULO DEL CURSO** | Tactical Emergency Casualty Care (TECC) |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | ☐ Curs\* de nueva creación. |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | 20-21 febrero 201925-26 mayo 201910-11 de septiembre5-6 de noviembre |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | 4 ediciones al año de dos días |
| **HORARIO**  | ☐ Mañ 09:00-18:00 h |
| **NÚMERO DE HORAS** | 16 |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN** | 18 |
| **ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS** | Abierta a terceros |
| **RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS…** |  En documento adjunto |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | Número de salas de simulación, número de aulas…☐ Salas de simulación. Número:☐ Salas de debriefing. Número:☐ Consultas. Número:☐ Sala de cuidados.☐ **Aulas. Número: 3**☐ Aula doble. |
| **MATERIAL REQUERIDO**  | Equ Proyector. Pantalla. Sillas |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | Formadores propios |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** | Los alumnos inscritos |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** |  |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | Pers Ninguno |
| **COMENTARIOS** |  |

****

**FIRMA DEL SOLICITANTE**