

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

FECHA SOLICITUD	20/10/2019
SOLICITANTE	Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto Mario Chico Fernández
PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO	Servicio, Unidad, Empresa SOMIAMA
TÍTULO DEL CURSO	XXIV REUNIÓN SOMIAMA 2019
MARQUE LO QUE CORRESPONDA	<input type="checkbox"/> Curso de nueva creación. <input checked="" type="checkbox"/> Curso ya realizado anteriormente.
FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO	4 Y 5 DE NOVIEMBRE 2019
NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO	1
HORARIO	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana <input checked="" type="checkbox"/> Tarde
NÚMERO DE HORAS	8 HORAS
NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN	A DEFINIR TODAVÍA, INSCRIPCIONES ABIERTAS, CALCULADO SOBRE 8
ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS	NO
RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS	Idealmente se aportará al personal del Centro un programa provisional del curso CURSO DE RECERTIFICACIÓN DE RCP, TALLERES DISPOSITIVOS DE MEDICINA INTENSIVA
INSTALACIONES REQUERIDAS	Número de salas de simulación, número de aulas, salón de actos <input type="checkbox"/> Salas de simulación. Número: <input type="checkbox"/> Salas de debriefing. Número: <input type="checkbox"/> Consultas. Número: <input type="checkbox"/> Sala de cuidados. <input type="checkbox"/> Aulas. Número:3 DIA 4 MAÑANA, 4 DIA 4 TARDE <input type="checkbox"/> Aula doble.
MATERIAL REQUERIDO	Equipos, simuladores, instrumental, material fungible NO
PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO	Personal técnico, formadores NO

FINANCIADORES PARA EL CURSO	Incluyendo costes indirectos de gestión de la Fundación. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto SOMIAMA. SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA INTENSIVA
OTROS POSIBLES FINANCIADORES	
RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS	Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software... INSCRIPCIONES
COMENTARIOS	

FIRMA DEL SOLICITANTE

