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

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | **29 de octubre 2019** |
| **SOLICITANTE** | **Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto****Olga Ordoñez Saez** |
| **PROMOTOR / ORGANIZADOR DEL CURSO** | **Servicio, Unidad, empresa****UCIP** |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **Soporte vital avanzado en Pediatria** |
| **MARQUE LO QUE CORRESPONDA** | [ ]  Curso de nueva creación.[ ]  Curso ya realizado anteriormente.X |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **12 y 13 de noviembre de 9 a 19 horas, 20 personas, tres aulas** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **una** |
| **HORARIO** | [ ]  Mañana x[ ]  Tarde x |
| **NÚMERO DE HORAS** | 9 a 19 horas |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR SESIÓN** | 20 |
| **ASISTENCIA RESTRINGIDA A PERSONAL DEL HOSPITAL O ABIERTA A TERCEROS** | Restringida al hospital |
| **RESUMEN DEL CURSO. MATERIAS, CONTENIDOS…** | **Idealmente se aportará al personal del Centro un programa provisional del curso**Pendiente de enviar |
| **INSTALACIONES REQUERIDAS** | **Número de salas de simulación, número de aulas…**[ ]  Salas de simulación. Número:[ ]  Salas de debriefing. Número:[ ]  Consultas. Número:[ ]  Sala de cuidados.[ ] x Aulas. Número: **tres**[ ]  Aula doble. |
| **MATERIAL REQUERIDO** | **Equipos, simuladores, instrumental, material fungible****Se aporta material** |
| **PERSONAL REQUERIDO PARA EL CURSO NO PRESENTE EN EL CENTRO** | **Personal técnico, formadores****Pediatras** |
| **FINANCIADORES PARA EL CURSO** | **Incluyendo costes indirectos de gestión de la Fundación. Nombre y apellidos, email, teléfono de contacto** |
| **OTROS POSIBLES FINANCIADORES** |  |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | **Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software...** |
| **COMENTARIOS** |  |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**Olga Ordoñez**