Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Direcció General de Professionals de la Salut

SOL·LICITUD DE RECONEIXEMENT MUTU D'ACTIVITATS FORMATIVES PER A PROFESSIONALS QUE REALITZIN TRACTAMENTS DE PREVENCIÓ DE LA LEGIONEL·LOSI

Escriviu amb lletres majúscules

Nom del curs

Tipus de formació (marqueu amb una X el tipus) : Externa (a tercers) ..... Interna .....

Dades de l'entitat organitzadora

Nom de l'entitat

Raó social NIF

Adreça

Codi Postal Població

Telèfon Adreça electrònica Fax

Coordinador / a del curs

A AQUESTA SOL·LICITUD CAL ENVIAR ADJUNTA LA DOCUMENTACIÓ SEGÜENT: (D'ACORD AMB EL QUE ESTABLEIX L'ARTICLE 9.1 DEL DECRET 352/2004)

Marqueu amb una X la documentació que hi adjunteu

- ☐ Fotocòpia compulsada del document que autoritza l'activitat formativa en la Comunitat Autònoma d'origen.
- ☐ Objectius del curs
- ☐ Programa del curs (cal especificar les unitats didàctiques amb el corresponent nombre d'hores) *
- ☐ Documentació docent d'aquells continguts a impartir específics de la normativa autonòmica
- ☐ Relació de professors, amb els respectius currículums indicant la unitat didàctica que impartiran (adjuntar fotocòpia compulsada de la titulació professional relacionada amb aquesta activitat, en el cas de comptar amb algú professor no inclòs en l'autorització d'origen)
- ☐ Nombre d'edicions, lloc i data prevista de cada edició **
- ☐ Condicions d'inscripció (durada del curs, preu matrícula, nombre de places ofertes)

* El contingut bàsic del curs es defineix a l'annex III del decret

** Sempre que no canviï cap condició del continguts o dels currículums, no s'haurà d'adjuntar nova documentació. Qualsevol canvi haurà de ser degudament documentat.

Data i signatura de la persona sol·licitant