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

SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ 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

Adreça NIF

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

- ☐ Documentació acreditativa de l'entitat organitzadora: Fotocòpia dels estatuts o escriptures de constitució de l'entitat que acrediti la realització d'activitats formatives *. Fotocòpia del NIF.
- ☐ Objectius del curs
- ☐ Programa del curs (cal especificar les unitats didàctiques amb el corresponent nombre d'hores) **
- ☐ Continguts docents
- ☐ Relació de professors indicant la unitat didàctica que impartiran, amb els respectius currículums fotocòpia compulsada de la titulació exigida
- ☐ Nombre d'edicions, lloc i data prevista de cada edició ***
- ☐ Condicions d'inscripció (durada del curs, preu matrícula, nombre de places que s'ofereixen)

* Si l'activitat formativa és impartida al propi personal, no cal acreditar autorització administrativa en l'àmbit de formació.
** 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