

| | |
|--|--|
| | <p style="text-align: center;">Logística (Secretaría, administración, soporte técnico, ...)</p> <p>2.4 Recursos Materiales</p> |
|--|--|

| | |
|--|--------------------------------------|
| | 3 Adecuación de los objetivos |
|--|--------------------------------------|

| | |
|--|--|
| | <p>El contenido del programa ha de responder a algún tipo de necesidades y demandas; por tanto hay que explicitarlas aunque sea brevemente. Indicad los mecanismos utilizados para detectar las necesidades de la jornada.</p> <p>Necesidades a las que responde el contenido de la jornada:</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Como han sido detectadas estas necesidades:</p> |
|--|--|

| | |
|--|------------------------------|
| | 4 Metodología docente |
|--|------------------------------|

| | |
|--|---|
| | <p>Describir la/las metodología/as y su relación con los objetivos de la actividad:</p> |
|--|---|

| | |
|--|---------------------|
| | 5 Evaluación |
|--|---------------------|

| | |
|--|--|
| | <p>Explique el/los tipos de evaluación/nes de la actividad que están programadas (de los alumnos, del profesorado, de la actividad o del proceso):</p> |
|--|--|

| | |
|----------|---|
| | <p>Durante la actividad se realizará un control estricto de asistencia.</p> <p>Se entregarán hojas de evaluación.</p> <p>Indiquen el requerimiento mínimo exigido</p> |
| D | FUENTE DE FINANCIACION |
| | <p><input type="checkbox"/> Entidad proveedora de la formación</p> <p><input type="checkbox"/> Becas y ayudas institucionales</p> <p><input type="checkbox"/> Inscripciones-matrículas de los alumnos</p> <p><input type="checkbox"/> Patrocinadores externos(industria, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar).....</p> |
| 6 | Valoraciones |
| | <p>Valoración de los miembros del Área Científica <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> No Apto</p> <p>Valoración de los miembros del Área Docente <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> No Apto</p> <p>Resolución : Procede Aval <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> |
| | <p>Fecha de solicitud:</p> <p>Firma responsable de la entidad proveedora:</p> |
| | <p>Propietario/a del documento: Doña Maria Dolores Lázaro Presidenta de la SEDENE</p> |



Porfavor, envíen este formulario debidamente cumplimentado por e-mail o por fax a la Secretaría Técnica:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA
Via Laietana, 23 Entresuelo A-D
08003Barcelona
Tel:913148453 Ext.1
E-mail : relinst@sen.es