



# COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA

RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91

Av. Güemes (o) N° 210 – CP (4700) Catamarca – Tel.: (0383)4429349 –

www.colegiomedicocat.com.ar

E-mail: colmecat@hotmail.com



## FORMULARIO F1 - AUSPICIO

**NO SE EVALUARÁN CURSOS INCOMPLETOS O CON INFORMACIÓN PARCIAL, NI AQUELLOS QUE SE PRESENTEN EN FECHAS POSTERIORES A LAS INDICADAS.**

Organismo solicitante:.....

- **Aval (puntaje doble)**
- **Certificado**
- **Ayuda Económica**  Según se considere
- **Publicidad**

Título del curso:.....

<b>Tipo de actividad</b>	Curso <input type="checkbox"/> (Jornadas de 1 o 2 días) Curso Anual <input type="checkbox"/> (Con frecuencia semanal o quincenal)
<b>Organizado por:</b>	Hospital <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> Sociedad Científica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: .....
<b>Sede:</b>	Nombre de la institución que facilita las instalaciones:  Dirección:  Teléfono:
<b>Destinatarios:</b>	Especialistas <input type="checkbox"/> Médico en Gral. <input type="checkbox"/> Otros miembros del equipo <input type="checkbox"/> Especificar:
<b>Cantidad de vacantes:</b>	Número máximo de inscriptos que se aceptarán: ..... Con menos de 10 inscriptos <b>SE SUSPENDE</b> la actividad programada.

<b>Docentes</b>	<b>Coordinador 1:</b>	
	Nombre:	
	Domicilio:	
	Teléfono:	Teléfono alternativo:
	Correo electrónico:	Correo alternativo: .....
	Mail de contacto de Filial:	
	<b>Coordinador2:</b>	
	Nombre:	
	Domicilio:	
	Teléfono:	Teléfono alternativo:
Correo electrónico:	Correo alternativo: .....	
Mail de contacto de Filial:		



## **COLEGIO DE MÉDICOS DE CATAMARCA**

**RECONOCIDO MEDIANTE LEY 4652/91**

**Av. Güemes (o) N° 210 – CP (4700) Catamarca – Tel.: (0383)4429349 –**

**www.colegiomedicocat.com.ar**

**E-mail: colmecat@hotmail.com**



<b>Programa del curso: Objetivos</b>	1. 2. 3.
--	----------------

<b>Duración</b>	Día/s de la semana en los que se dictará el curso: Hora de inicio y de finalización de las actividades:  Número total de Reuniones/Encuentros/Clases:
<b>Evaluación</b>	Evaluación del aprendizaje      SI    NO Exámenes escritos <input type="checkbox"/> Presentación de informes <input type="checkbox"/> Monografías <input type="checkbox"/> Otros: detallar:.....
	Evaluación de la actividad / Encuesta de opinión      SI    NO

Firma del coordinador del curso: .....

Aclaración:

Fecha: .....

Firma de Secretaria Científica  
del Colegio de Médicos aprobando el Curso o Jornada: .....

Fecha:.....