

## **SOLICITUD DE AVAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE NEUROLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES**

Por favor, cumplimente todos los campos

### **RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DEL AVAL:**

- a) NOMBRE
- b) CARGO
- c) CENTRO DE TRABAJO
- d) RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD
- e) E-MAIL:
- f) TELEFONO:
- g) ¿ES SOCIO DE LA SVN?: SI

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD**

- h) TITULO
  - i) PROGRAMA (Por favor, remítelo en un archivo adjunto)
  - j) FECHAS DE LA ACTIVIDAD
  - Actividad de tipo presencial: SI  
Lugar:  
Nºhoras:
  - Actividad a distancia: SI  
Formato: PAPEL  
Nº horas:
- (Si mixto rellenar ambos puntos previos)



**PROFESORADO PARTICIPANTE** (Nombre, Cargo, Centro de Trabajo y relación con la actividad)

NOMBRE	CARGO	CENTRO DE TRABAJO	RELACION CON LA ACTIVIDAD

**OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:** DOCENTE

**TIPO DE ACTIVIDAD:** JORNADA

**DISPONE DE FINANCIACIÓN PRIVADA:** NO (GRATUITO SI SOCIO SVN)

Por favor, remita este cuestionario debidamente cumplimentado a la siguiente dirección de correo: [secretariatecnicasvn@shmedical.es](mailto:secretariatecnicasvn@shmedical.es)