

Solicitud de reconocimiento de programa de formación			
Nombre del programa ¹			
Línea de formación ²		Código ²	
Dirigido a: (Describa el perfil de los profesionales a los que se dirige el programa, indicando la titulación, el tipo de puesto de trabajo, etc)			
Requisitos mínimos exigibles a los profesionales para las técnicas o procedimientos que se le enseñarán			
Los objetivos son: (Especificar los objetivos del programa de acuerdo con las siguiente formulación):			
1. Al terminar el programa el becario habrá mejorado sus conocimientos sobre:			
2. Al terminar el programa el becario habrá mejorado su destreza para:			
3. Al terminar el programa el becario habrá mejorado su capacidad organizativa para:			
Las actividades de formación serán: (Describa en qué consistirán las actividades de formación)			
Tiempo de formación (número de días laborables y cómo se distribuyen)		Total días laborables	
Distribución de días ³ (seguidos/pausas)			
Describa en qué medida la formación adquirida por los becarios de este programa puede mejorar la prestación de los servicios previstos en la cartera de servicios del Servicio Sanitario Público de Aragón.			
Indique qué recursos se necesitan para que el becario ponga en marcha lo aprendido en este programa.			
Indique cómo, con la formación adquirida, el becario puede mejorar la utilización de los recursos con los que ya se cuenta , o cuya dotación está prevista, en su Centro de procedencia			
Indique cómo, con la formación adquirida, el becario puede mejorar procedimientos que ya se realizan en su Centro de procedencia.			

¹ El nombre o título del programa debe dejar claro el contenido de la formación que se impartirá

² A rellenar en I+CS

³ Se indicará si los días son alternos (ej.: 2 días de formación y 3 sin ella; 1 semana de formación y otra sin ella,...), si el programa se realizará en uno o varios días fijos a la semana (ej.: los lunes y los jueves), etc...

Describa en qué medida la formación adquirida por los becarios de este programa puede tener impacto directo sobre la calidad de la atención a los usuarios			
Para evaluar el aprovechamiento de los becarios se hará una evaluación previa y otra posterior que consistirá en (señales el/los necesarios):			
Un test (pretest/postest)	<input type="checkbox"/>	Un ejercicio real	<input type="checkbox"/>
Un ejercicio de simulación	<input type="checkbox"/>	Otro método	<input type="checkbox"/>
Describalo brevemente			
Observaciones que desee hacer:			
¿Se trata de una formación que sólo puede realizarse fuera de Aragón? :		Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
En caso de que sólo sea posible fuera de Aragón, indique el centro y servicio en el que se llevaría a cabo la formación ⁴ y las razones por las que es idóneo:			

Profesional (es) autor(es) del programa		
(Si hay más de 3, añádalos. Anote, en primer lugar, los datos del autor principal)		
DNI	Nombre y apellidos	Titulación

Unidad(es) Formativa(s) ⁵ en la(s) que se llevará a cabo el programa y que expresan su conformidad			
(Si hay más de 3, añádalos)			
Nombre	Servicio	Cargo	Fdo

<u>A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN⁶</u>		
Valoración del grado de prioridad para la Dirección del Centro		
(Máxima prioridad = 5 / Nulo interés = 0)		
En relación al Contrato Programa		Puntos
En relación a la Cartera de Servicios		Puntos
En relación a la gestión de la demanda		Puntos
En relación a la mejora de calidad		Puntos
Puntuación promedio		Puntos

Nombre y firma del director:

Sello:

Fecha de la solicitud: / /

El(Los) solicitante(s) declara(n) que los datos de esta solicitud son ciertos y que conoce(n) las normas que rigen la actividad de formación dentro del programa **focuss** del I+CS y se compromete(n) a seguirlas.

⁴ No olvide adjuntar la conformidad de la unidad formativa que formará a los becarios de este programa

⁵ La unidad formativa es el centro de salud o servicio/unidad de hospital

⁶ Se trata de la Dirección del Hospital ó de Atención Primaria del Sector ó del Director Gral del área