



Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears

**ANEXO 1. FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DIPLOMA ACREDITATIVO DE
CAPACITACIÓN EN MEDICINA EN CONDUCTAS ADICTIVAS**

Rellenar el formulario de solicitud que hay a continuación. Adjuntar la documentación necesaria para cursar la solicitud (fotocopias compulsadas de los méritos y certificados que se tienen que contabilizar).

Núm. de colegiado:

Nombre y apellidos:

DNI

AÑO Y LUGAR DE LICENCIATURA

Fecha de nacimiento:/...../.....

Calle/Plaza:

Número: piso: puerta:

Población:.....

Código Postal:

Tel.:

Fax:

E-mail:

ACTIVIDAD PROFESIONAL EN MEDICINA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

Ámbito prioritario de la práctica de la Medicina en Conductas Adictivas:

Hospitalaria Extrahospitalaria
Pública Privada Mixto

Nombre del Centro:

Cargo asistencial:

Grado de Doctor: SI NO Indicar

Especialidad:.....

Vía MIR Vía MESTO Otra vía

Pertenece a alguna Sociedad Científica: SI..... NO.

Nombre de la Sociedad:

En caso de obtener el Diploma Acreditativo de Capacitación en Conductas Adictivas: Autorizo a que se publique mi nombre en la web del COMIB y/o Servicio de Comunicación Colegial, que he obtenido el Diploma de Acreditación en Medicina en Conductas Adictivas, y se mantendrá durante el tiempo de vigencia de éste.

Vuestros datos personales serán introducidos en un fichero automatizado de la Secretaría General del COMIB con la finalidad de gestionar vuestra solicitud, prestaros de forma personalizada nuestros servicios y como finalidades informativas y estadísticas. Podréis ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de vuestros datos para todas o alguna de estas finalidades o su comunicación a terceros, dirigiéndonos un escrito a: Pg. Mallorca, 42 - 07012 Palma, indicando vuestro nombre, dirección y petición (ref: “tratamiento de datos personales”).

..... a d de
.....

Signatura

A. FORMACIÓN MÉDICA EN MEDICINA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

A.1. FORMACIÓN BÁSICA: Postgrado, Másters,

1 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizativa:
Fechas:
Duración (horas):
Horas teóricas:
Horas prácticas:
Evaluación: Si No

2 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizativa:
Fechas:
Duración (horas):
Horas teóricas:
Horas prácticas:
Evaluación: Si No

3 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizativa:
Fechas:
Duración (horas):
Horas teóricas:
Horas prácticas:
Evaluación: Si No

4 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizativa:
Fechas:
Duración (horas):
Horas teóricas:
Horas prácticas:
Evaluación: Si No

5 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizativa:
Fechas:
Duración (horas):
Horas teóricas:
Horas prácticas:
Evaluación: Si No

6 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizativa:
Fechas:
Duración (horas):
Horas teóricas:
Horas prácticas:
Evaluación: Si No

TOTAL A.1

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

A.2 FORMACIÓN CONTINUADA: Congresos, Jornadas, Simposios, Cursos y otros

1 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

2 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

3 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

4 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

5 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

6 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

7 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

8 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

9 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

10 Nombre de la actividad:.....
Entidad organizadora:.....
Fechas:
Duración (horas): Créditos (1):

(1) ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE LOS CERTIFICADOS ACREDITATIVOS. Los créditos se habrán conseguido a través de la SEAFORMEC, la Comisión de Acreditación de la Formación Médica Continuada de la Comunidad Autónoma, la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) o bien de otros sistemas formales acreditadores reconocidos por la Comisión de Acreditación del COMIB.

TOTAL A.2

TOTAL A = A.1 + A.2

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

B. TRABAJO EN MEDICINA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

1 Lugar de trabajo, dirección y teléfono:.....
.....

Fechas:

Duración:

2 Lugar de trabajo, dirección y teléfono:.....
.....

Fechas:

Duración:

3 Lugar de trabajo, dirección y teléfono:.....
.....

Fechas:

Duración:

4 Lugar de trabajo, dirección y teléfono:.....
.....

Fechas:

Duración:

Otros elementos que pueden justificar el ejercicio profesional:

.....

.....

TOTAL B

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

C. ACTIVIDADES DOCENTES EN MEDICINA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

1 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Horas lectivas impartidas:

Dirigida a (médicos, otros - especificar):.....

2 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Horas lectivas impartidas:

Dirigida a (médicos, otros - especificar):.....

3 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Horas lectivas impartidas:

Dirigida a (médicos, otros - especificar):.....

4 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Horas lectivas impartidas:

Dirigida a (médicos, otros - especificar):.....

5 Nombre de la actividad:
Entidad organizadora:
Fechas:
Horas lectivas impartidas:
Dirigida a (médicos, otros - especificar):.....

6 Nombre de la actividad:
Entidad organizadora:
Fechas:
Horas lectivas impartidas:
Dirigida a (médicos, otros - especificar):.....

TOTAL C

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

D. PONENCIAS Y COMUNICACIONES EN MEDICINA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

1 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Tipo: Ponencia Póster Comunicación oral

2 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Tipo: Ponencia Póster Comunicación oral

3 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Tipo: Ponencia Póster Comunicación oral

4 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Tipo: Ponencia Póster Comunicación oral

5 Nombre de la actividad:

Entidad organizadora:

Fechas:

Tipo: Ponencia Póster Comunicación oral

TOTAL D

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

E. PUBLICACIONES

E.1 LIBROS Y MONOGRAFÍAS

1 Título (del libro o capítulo):.....
Autor (del libro o capítulo):.....
Editorial:.....
Lugar y año de edición:.....

2 Título (del libro o capítulo):.....
Autor (del libro o capítulo):.....
Editorial:.....
Lugar y año de edición:.....

3 Título (del libro o capítulo):.....
Autor (del libro o capítulo):.....
Editorial:.....
Lugar y año de edición:.....

4 Título (del libro o capítulo):.....
Autor (del libro o capítulo):.....
Editorial:.....
Lugar y año de edición:.....

TOTAL E.1

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

E.2 ARTÍCULOS

1 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

2 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

3 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

4 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

5 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

6 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

7 Título:.....
Autores:.....
Referencia (nombre de la revista, fechas):

TOTAL E.2

TOTAL E = E.1 + E.2

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

F. OTROS MÉRITOS

Tesis doctoral sobre temas relacionados con la medicina en Conductas Adictivas.....

Colaboraciones en tesis doctorales relacionadas con la medicina en Conductas Adictivas.....

Proyectos de Investigación elaborados.....

Cargos de representación en Sociedades Científicas u otras instituciones relacionadas con la medicina en Conductas Adictivas

Dirección o coordinación en congresos, jornadas, simposios o cursos en relación con la medicina de adicciones.....

Otros:.....

TOTAL A1: + TOTAL A2: = TOTAL A:

TOTAL B:

TOTAL C:

TOTAL D:

TOTAL E1: + TOTAL E2: = TOTAL E:

TOTAL F:

TOTAL:

(A rellenar por la Comisión de Acreditación)

Palma de Mallorca,

D/Dña _____ ha presentado la Solicitud del Diploma Acreditativo de Capacitación en Medicina en Conductas Adictivas.

(Firma el interesado)

En caso de que el diploma sea denegado, siempre podrá presentar más documentación para poder alcanzar la puntuación necesaria. Dispondrá de dos meses después de la recepción de la denegación. También podrá presentar documentación pasado este período, iniciando un nuevo proceso de solicitud de acreditación.