



**Colegio Oficial
de Fisioterapeutas
de Canarias**

Registro de entrada (no cumplimentar)

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

| DATOS GENERALES | |
|--|---|
| Denominación de la actividad formativa: | |
| Director/es de la actividad formativa: | |
| Entidad organizadora (empresa/organismo): | |
| Canarias, adede 2.0... | |
| El director | Vº. Bº. Responsable del Centro/Clínica/Empresa y sello |
| Fdo.: | Fdo.: |



| | | | | |
|--|--|---------------|-------------------|----------|
| (1) Director/es: | | | | |
| | Apellidos y nombre | Titulación/es | Centro de trabajo | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (2) Personas a quien va dirigido: | | | | |
| | Diplomado/Licenciado/Graduado en: | | | |
| | Estudiantes: | 1º curso | 2º curso | 3º curso |
| | Otros | | | |
| (3) Objetivos: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (4) Área temática (marcar con una cruz): | | | | |
| | Fisioterapia neuromusculoesquelética | | | |
| | Fisioterapia deportiva | | | |
| | Fisioterapia neurológica | | | |
| | Fisioterapia pediátrica | | | |
| | Fisioterapia en uroginecología y obstetricia | | | |
| | Fisioterapia cardiorespiratoria | | | |
| | Fisioterapia en geriatría y gerontología | | | |
| | Otros: | | | |
| (5) Lugar de celebración: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (6) Calendario previsto: | | | | |
| | Fechas: | | | |
| | Horario: | | | |
| (7) Dirección y teléfono del director/entidad organizadora: | | | | |
| | | | | |



| | |
|-------------|--|
| (15) | Metodología docente, material de apoyo y documentación con los siguientes apartados |
| | Metodología docente: Detallar si se impartirán el curso en formato lección magistral, trabajo en grupo. |
| | |
| | |
| | |
| | Material de apoyo: Detallar el mobiliario a emplear, material fungible, material específico y medios audiovisuales. |
| | |
| | |
| | |
| | Documentación: Detallar si se facilitarán documentación y porque vía (online, formato papel, pendrive) |
| | |
| | |
| | |
| (16) | Gestión de residuos (exclusivo para cursos de fisioterapia invasiva) |
| | Protocolo de gestión de residuos (se puede adjuntar como anexo): |
| | |
| | Nombre de la empresa responsable de la gestión de residuos: |
| | |
| | Número de contenedores: |
| (17) | Importe de la matrícula del curso por alumno: |
| | |
| (18) | Anexos (marcar con una cruz los anexos que se adjuntan) |
| | Anexo I: Política de cancelación del curso |
| | Anexo II: Consentimiento informado (obligatorio adjuntar para aquellos cursos en los que se realicen prácticas intracavitarias, de fisioterapia invasiva y/o con pacientes) |
| | Anexo III: Protocolo de gestión de residuos (obligatorio adjuntar y/o cumplimentar en el apartado 16 para aquellos cursos en los que se realicen prácticas de fisioterapia invasiva) |
| | Anexo IV: Otros |



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

| |
|----------------------------|
| CURSO:. |
| FECHA: |
| PROFESORADO: |
| DIRECTOR DEL CURSO: |

1. Nivel del aspecto teórico del curso

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy Bueno |
| <input type="checkbox"/> Bueno |
| <input type="checkbox"/> Suficiente |
| <input type="checkbox"/> Escaso |
| <input type="checkbox"/> Nulo |

2. Nivel del aspecto práctico del curso

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy Bueno |
| <input type="checkbox"/> Bueno |
| <input type="checkbox"/> Suficiente |
| <input type="checkbox"/> Escaso |
| <input type="checkbox"/> Nulo |

3. Calidad de las ponencias, charlas (Soporte técnico; verbal)

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy Bueno |
| <input type="checkbox"/> Bueno |
| <input type="checkbox"/> Suficiente |
| <input type="checkbox"/> Escaso |
| <input type="checkbox"/> Nulo |

4. Evalúe el curso con una puntuación entre 0 y 10

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 |

5. Posibles aspectos a mejorar

| |
|--|
| |
|--|



6. ¿Recomendaría el curso?

- Sí
 NO

Explique brevemente porqué

7. ¿Le gustaría una ampliación del mismo?

8. Conocimientos previos en relación con el tema del curso

9. Observaciones



CUESTIONARIO DE CALIDAD: PONENTES

| |
|----------------------|
| CURSO/EVENTO: |
| FECHA: |

1. Calidad general de las Instalaciones

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy Bueno |
| <input type="checkbox"/> Bueno |
| <input type="checkbox"/> Suficiente |
| <input type="checkbox"/> Escaso |
| <input type="checkbox"/> Nulo |

2. Evalúe del 1 al 10 los siguientes aspectos en relación a las instalaciones:

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Ubicación:- Accesibilidad:- Comodidad de las instalaciones:- Materiales audiovisuales (proyector, ordenador, etc) : |
|--|

3. Evalúe del 1 al 10 la organización del curso:

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Organización general:- Publicidad del curso:- Método de inscripción: |
|--|

