

Programa de Formación Continua de la ECS Extremadura en CCMIJU, 2015

Nombre Actividad	Fechas 2015	Plazas Totales	Horas
Actividades CCMIJU			
Laparoscopia Experimental Urológica	12Ene-14Ene		21,00
Microcirugía en Urología	15Ene-17Ene		21,00
Laparoscopia Ginecológica	23 Feb-25Feb		
Cirugía Toracoscópica Avanzada	26Feb-28Feb		
Laparoscopia Experimental Urológica	2Mar-4Mar		
Endocirugía Torácica en Pediatría	19Mar-21Mar		
Microcirugía Vascular y Nerviosa	09Abr-11Abr		
Endourología	09Abr-10Abr		
Prostatectomía Radical Laparoscópica Mód I	13Abr-15Abr		
Laparoscopia Ginecológica Avanzada	20Abr-21Abr		
Prostatectomía Radical Laparoscópica Mód II	04May-06May		
Ecografía Percutánea	07May-08May		
Laparoscopia Ginecológica Básica	18May-20May		
Laparoscopia Renal Avanzada	21May-23May		
Suturas Laparoscópicas	01Jun-03Jun		22,00
Microcirugía de la Catarata	19Jun-20Jun		16,00
Endoscopia Digestiva Básica	19Jun-20Jun		17,00
Disección Endoscópica de la Submucosa	11Sep-12Sep		16,00
Nacional e Internacional de Endoscopia. Teorico-Práctico	24Sep-26Sep		21,00
Aprendizaje CPRE	25Sep-26Sep		13,00
Cirugía del Glaucoma	16Oct-17Oct		15,00
Fetoscopia	08Oct-09Oct		16,00
Laparoscopia Ginecológica Básica	14Oct-16Oct		23,00
Colgajos en Cirugía Experimental	19Oct-22Oct		30,00
Laparoscopia pediátrica	22Oct-24Oct		21,00
Microcirugía Vascular y Nerviosa	02Nov-04Nov		21,00
Laparoscopia Ginecológica Básica	02Nov-04Nov		23,00
RIRS Cirugía Endoscópica Retrógrada Intrarrenal	12Nov-13Nov		21,00
Laparoscopia Renal Avanzada	30Oct-02Nov		24,00
Nuevas tendencias en CMI en Urología	12Nov-13Nov		
Laparoscopia Ginecológica Básica	16Nov-18Nov		23,00
Queratoplastia y Tecs Reconstructivas Sup Ocular	20Nov-21No		15,00
Suturas Laparoscópicas - Cirugía Mesocólica	10Dic-12Dic		22,00
Cirugía del Colon	14Dic-16Dic		24,00
TOTAL			

PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DE BECAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EN EL CCMI

1.- Una vez finalizado el plazo de admisión de solicitudes, se hace el estudio de las necesidades formativas detectadas que termina con el Convenio Consejería-CCMI en base a las necesidades, la capacidad formativa del CCMI y el presupuesto adjudicado para el año en curso.

2.- Resuelto el nº de plazas por cada actividad formativa, se cuelga en la página Web para información de todos los interesados. Posteriormente se valoran las solicitudes por actividad formativa y se priorizan según los criterios acordados en la Comisión de Formación de Especializada. Estos criterios son los siguientes:

En el caso de los **residentes**:

- 1.- Adecuación del curso a su especialidad.
- 2.- No haber realizado ninguna actividad del tipo que solicita.
- 3.- Año de residencia.

En el caso de los **FEAs**:

- 1.- No haber realizado ninguna actividad del tipo que solicita.
- 2.- Ser tutor de residentes.

3.- Al menos 20 días antes de la celebración de la actividad, se notificará al interesado/a de la adjudicación de la beca, que consistirá en el pago de la matrícula sin derecho a percibir remuneración por dieta o kilometraje.

4.- La Escuela con 15 días de antelación, notificará al CCMI los datos de los alumnos para cada actividad formativa.

Curso/ <i>Course</i>			
Nombre/ <i>Name & Surname</i>			
Especialidad/ <i>Speciality</i>			
DNI-Pasaporte/ <i>Passport Nr</i>			
Cent. trabajo/ <i>Place of work</i>			
Cargo ¹ / <i>Position</i>			
Dirección Trabajo/ <i>Address</i>			
Ciudad/ <i>City</i>		C.P./ <i>Zip Code</i>	
Provincia/ <i>Province</i>		País/ <i>State</i>	
Teléfono/ <i>Phone</i>		Fax:	
E-mail			
C.I.F.			

JEFE DEL SERVICIO: (Nombre y teléfono o e-mail)

TUTOR (sólo en caso de residentes): (Nombre y teléfono o e-mail)

Dir.Particular/ <i>Home Address</i>			
Ciudad/ <i>City</i>		C.P./ <i>Zip Code</i>	
Provincia/ <i>Province</i>		País/ <i>State</i>	
Teléfono/ <i>Phone</i>		Fax:	
Talla de pijama quirúrgico/ <i>Surgical Scrub Size</i> (6-8-10-12)			
Talla de zueco/ <i>Clog Size</i>			

¿Padece alergia a algún alimento? ¿Padece alergia al látex?

Do you have any food allergy? Are you allergic to latex?

Sí/ Yes

No/No

Ns-Nc/ Not Certain-Unknown

En caso afirmativo, especifique / If YES, specify it:

OTROS DATOS/ OTHER INFORMATION

Factura a nombre de/ <i>Invoice to (Name of the Company or Individual):</i>	
Acuerdo CSyPS/CCMIJU	
Firma V. ^o B. ^o Jefe del Servicio	Firma V. ^o B. ^o del Tutor

1: En caso de ser MIR, indicar año de Residencia. Gracias.

Escribir en **MAYÚSCULAS Y CON LETRA CLARA**. Esta información debe estar en el CCMIJU con antelación a la celebración del curso. Por favor enviar junto con la copia del resguardo bancario.

Please use CLEAR AND CAPITAL LETTERS. This information has to be in the MISCJU before the beginning or the course. Please, send it along with the bank receipt