

## FORMULARI DE SOL·LICITUD DEL DIPLOMA ACREDITATIU DE CAPACITACIÓ EN MEDICINA PERICIAL I AVALUADORA

Núm. de col·legiat: ..... Col·legi: .....

Nom i cognoms: .....

Data naixement: ...../...../..... Sexe:  Home  Dona Any de Llicenciatura: .....

Carrer/Plaça: ..... Número: ..... pis: ..... porta: .....

Població: ..... Codi Postal: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-mail: .....

### ACTIVITAT PROFESSIONAL RELACIONADA AMB EL DIPLOMA SOL·LICITAT

- Exercici professional en:  Població < 5.000 habitants  
 De 5.000 a 50.000 habitants  
 De 50.000 a 500.000 habitants  
 > 500.000 habitants

Pràctica de la medicina de Residències de Gent Gran:  Hospitalària  Extrahospitalària

Àmbit prioritari:  Públic  Privat

Nom del Centre: .....

Càrrec assistencial: .....

Grau de Doctor:  SI  NO

Especialitat: .....

Via MIR  Via MESTO  Altra via

Les vostres dades personals seran tractades per l'Oficina Tècnica d'Acreditació del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB) amb la finalitat de gestionar la vostra sol·licitud i expedir el corresponent diploma acreditatiu de capacitació (DIACAP), en el marc de les funcions previstes als seus Estatuts (Resolució Jus/3827/2008 de 9 de desembre) i a la Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals.

La informació relativa a la seva capacitació es conservarà en el vostre expedient col·legial de forma permanent als efectes de la seva acreditació. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, per correu postal (Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona), per email (dadespersonals@comb.cat) o a través de l'App MetgesBarcelona. Així mateix, s'informa que el CoMB disposa d'un Delegat en Protecció de Dades (dpo@comb.cat). Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

Signatura

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

# A. FORMACIÓ EN MEDICINA PERICIAL I AVALUADORA

## A.1 FORMACIÓ BÀSICA: Postgraus, Màsters

A omplir per l'OTA

**1** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): .....

Hores teòriques: ..... Hores pràctiques: .....

Avaluació:  Sí  No

**2** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): .....

Hores teòriques: ..... Hores pràctiques: .....

Avaluació:  Sí  No

**3** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): .....

Hores teòriques: ..... Hores pràctiques: .....

Avaluació:  Sí  No

**TOTAL A.1**

## A.2 FORMACIÓ CONTINUADA: Cursos, Jornades, Congressos, Simposis i altres

**1** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**2** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

ADJUNTAR FOTOCÒPIES DELS CERTIFICATS ACREDITATIUS

(1) Els crèdits s'hauran d'haver obtingut a la SEAFORMEC, al Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC), a la Comissió de Formació Continuada el Sistema Nacional de Salut (CFCNS) o bé d'altres sistemes formals acreditadors reconeguts per la Comissió d'Accreditació en Teràpies complementàries.

**3** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**4** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**5** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**6** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**7** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**8** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**9** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

**10** Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Durada (hores): ..... Crèdits <sup>(1)</sup>: .....

ADJUNTAR FOTOCÒPIES DELS CERTIFICATS ACREDITATIUS

**TOTAL A.2**

(1) Els crèdits s'hauran d'haver obtingut a la SEAFORMEC, al Consell Català de la Formació Mèdica Continuada (CCFMC), a la Comissió de Formació Continuada el Sistema Nacional de Salut (CFCNS) o bé d'altres sistemes formals acreditadors reconeguts per la Comissió d'Accreditació en Teràpies complementàries.

## B. TREBALL EN MEDICINA PERICIAL I AVALUADORA

1 Lloc de treball, adreça i telèfon: .....

.....

Dates: ..... Durada: .....

2 Lloc de treball, adreça i telèfon: .....

.....

Dates: ..... Durada: .....

3 Lloc de treball, adreça i telèfon: .....

.....

Dates: ..... Durada: .....

4 Lloc de treball, adreça i telèfon: .....

.....

Dates: ..... Durada: .....

5 Lloc de treball, adreça i telèfon: .....

.....

Dates: ..... Durada: .....

**TOTAL B**

## C. ACTIVITATS DOCENTS EN MEDICINA PERICIAL I AVALUADORA

1 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Hores lectives impartides: .....

Adreçat a (metges, veterinaris, altres - especificar): .....

2 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Hores lectives impartides: .....

Adreçat a (metges, veterinaris, altres - especificar): .....

ADJUNTAR FOTOCÒPIES DELS CERTIFICATS ACREDITATIUS

3 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Hores lectives impartides: .....

Adreçat a (metges, veterinaris, altres - especificar): .....

4 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Hores lectives impartides: .....

Adreçat a (metges, veterinaris, altres - especificar): .....

5 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Hores lectives impartides: .....

Adreçat a (metges, veterinaris, altres - especificar): .....

6 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Hores lectives impartides: .....

Adreçat a (metges, veterinaris, altres - especificar): .....

**TOTAL C**

## D. PONÈNCIES I COMUNICACIONS EN MEDICINA PERICIAL I AVALUADORA

1 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Tipus:  Ponència  Pòster o comunicació oral

2 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Tipus:  Ponència  Pòster o comunicació oral

3 Nom de l'activitat: .....

Entitat organitzadora: .....

Dates: ..... Tipus:  Ponència  Pòster o comunicació oral

ADJUNTAR FOTOCÒPIES DELS CERTIFICATS ACREDITATIUS

**4** Nom de l'activitat: .....  
Entitat organitzadora: .....  
Dates: ..... Tipus:  Ponència  Pòster o comunicació oral

**5** Nom de l'activitat: .....  
Entitat organitzadora: .....  
Dates: ..... Tipus:  Ponència  Pòster o comunicació oral

**TOTAL D**

## E. PUBLICACIONS

### E.1 LLIBRES I MONOGRAFIES

**1** Títol (del llibre o capítol): .....  
Autor (del llibre o capítol): .....  
Editorial: .....  
Lloc i any d'edició: .....

**2** Títol (del llibre o capítol): .....  
Autor (del llibre o capítol): .....  
Editorial: .....  
Lloc i any d'edició: .....

**3** Títol (del llibre o capítol): .....  
Autor (del llibre o capítol): .....  
Editorial: .....  
Lloc i any d'edició: .....

**4** Títol (del llibre o capítol): .....  
Autor (del llibre o capítol): .....  
Editorial: .....  
Lloc i any d'edició: .....

ADJUNTAR FOTOCÒPIES DELS CERTIFICATS ACREDITATIUS

**TOTAL E.1**

## E.2 ARTICLES

**1** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

**2** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

**3** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

**4** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

**5** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

**6** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

**7** Títol: .....

Autors: .....

Referència (nom de la revista, dates): .....

ADJUNTAR FOTOCÒPIES DELS CERTIFICATS ACREDITATIUS

**TOTAL E.2**

**TOTAL E**

## F. ALTRES MÈRITS

- Tesi doctoral sobre temes relacionats x .....
- .....
- Col·laboracions en tesis doctorals relacionades amb x .....
- .....
- Projectes d'investigació elaborats .....
- .....
- Coordinació en Congressos, simposis, jornades, cursos .....
- .....
- Altres: .....
- .....

TOTAL A1:

+

TOTAL A2:

=

TOTAL A:

TOTAL B:

TOTAL C:

TOTAL D:

TOTAL E1:

+

TOTAL E2:

=

TOTAL E:

TOTAL F:

TOTAL: