

ANEXO 2

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA PROGRAMA DE RECERTIFICACIÓN (CRAMA) SOLICITUD DE CREDITOS DE LA ACTIVIDAD

El presente formulario y otras constancias que de él se deriven deberán ser entregados en la sede de la Asociación Médica Argentina tres meses antes de la iniciación de la actividad para la cual se soliciten los créditos.

La presentación será evaluada por el CRAMA y será respondida dentro del mes de recibida.

DATOS PARTICULARES

PRESIDENTE-DIRECTOR-AUTORIDAD:

Nombre y Apellido:

Domicilio: C.P.:

Localidad: Provincia: Tel./Fax:

E-mail: Profesión:

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

CARÁCTER DE ACTIVIDAD (marcar lo que corresponda)

Congreso () Jornada () Curso () Conferencia ()
Simposio () Taller () Nacional () Internacional ()

PROGRAMA A DESARROLLAR: adjuntar programa aclarando tipos de evaluación (parcial - final - teórico - práctica) y contenidos.

DURACIÓN TOTAL DE LA ACTIVIDAD EN HORAS CÁTEDRAS:

INSTITUCIÓN ORGANIZADORA: SI () Nombre:

NO ()

OBJETIVOS:

METODOLOGÍA (marcar lo que corresponda)

Conferencia () Clases Dialogadas () Mesas Redondas () Cursos ()
Seminario () Actividades a Distancia () Taller () Vídeos ()

Otras ()



DOCENTES - DISERTANTES: Adjuntar resumen de Curriculum Vitae de los mismos.
 Universidad () Hospital () Otra Institución:

ARANCELADO SI () MONTO NO ()

AUSPICIADO POR LA AMA: SI () NO ()
 (Presentar fotocopia del mismo)

AUSPICIADO POR:

.....

OTROS:

.....

.....
 Firma y sello de la autoridad responsable
 de la actividad

.....
 Firma y sello del Presidente
 de la Institución

Reservado para el CRAMA	
Aprobado Si / No	Cantidad de CHDC CRAMA Otorgados:

Secretario CRAMA

Presidente CRAMA

SANTA FE 1171/75 (1059) BUENOS AIRES- ARGENTINA
 TELFAX: (54-11) 4811-1633/3850 -4814-2182/0634-4815-8893
 E-mail: info@ama-med.com
 Website: www.ama-med.org.ar

