



Región de Murcia
Consejería de Salud



Comisión De Formación Continuada de las
Profesiones Sanitarias de la Región de Murcia.
Secretaría Técnica.

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES ACREDITADAS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:

CÓDIGO:

ENTIDAD PROVEEDORA:

D/D^a con DNI

como Coordinador/a de la organización y desarrollo de dicha actividad, por medio de la presente DECLARO que :

1º) Los datos introducidos en la solicitud y que figuran en la aplicación del Sistema de Información del Órgano de Acreditación de Formación Continuada:

- a) Coinciden con el desarrollo de la actividad, a los efectos de su acreditación e inscripción en el Registro de Diplomas de Acreditación.
- b) Se ajustan a los criterios de auditorías adoptados en su sesión de 30 de marzo de 2011 por el Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Región de Murcia y en concreto que:
 - El número de horas impartidas/desarrolladas, coincide con las recogidas en la solicitud.
 - Los profesionales que han asistido/realizado pertenecen a la categoría y especialidad sanitaria a la que la acción formativa va dirigida, según hicieron constar en su solicitud e inscripción. En caso de profesionales no sanitarios y/o residentes el porcentaje será inferior al 50%.
 - El calendario-programa recogido en la solicitud coincide con el temario de la actividad que figura en el reverso del diploma de acreditación.



- El **personal docente** que ha impartido/desarrollado el curso cuenta con el **perfil profesional competencial adecuado** para la impartición/desarrollo de la actividad o, en caso de sustitución, ha sido similar.
- La **prueba de evaluación**, si procede, **ha sido realizada por todos los alumnos que han superado la acción formativa**, quedando reflejado aquéllos que la han superado satisfactoriamente y aquellos que no.
- La **hoja de firmas/registro de actividad en plataforma** utilizada como medio de control de asistencia/realización **refleja fielmente** la presencia de los **alumnos inscritos**, que **han asistido/participado en la acción formativa y han cumplido con la asistencia obligatoria** y que, además, dicha hoja se ajusta al **modelo** del sistema acreditador recogido en el **Sistema de Información del Órgano de Acreditación de Formación Continuada**. En el caso de actividades on line se tendrá en cuenta registro de actividad reflejado en la plataforma.

2º) Que a efectos de su estricto cumplimiento y observancia, declaro bajo mi responsabilidad que los datos certificados son ciertos para ser inscritos en el Registro de Diplomas de Acreditación de actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias de la Región de Murcia.

Murcia,.....de.....de 2019

EL COORDINADOR/A

Fdo.....



Región de Murcia
Consejería de Salud



**Comisión De Formación Continuada de las
Profesiones Sanitarias de la Región de Murcia.
Secretaría Técnica.**

NOTA: La comprobación de la falta de veracidad de alguno de los apartados conllevará la revocación de la acreditación de la acción formativa y la obligada sustitución del coordinador/a durante un año.