



MODELO DE SOLICITUD DE ACTIVIDAD (CFE-01)

Registro de salida (en su caso):

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

Registro de Entrada:

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|
| | | / | | | | | / | | |
|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|

CURSO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA

- Complete con atención las casillas de este modelo.
- Una vez completado, deberá presentarlo en el Centro de Formación Permanente (junto con una copia que le servirá como resguardo sellado de su presentación, si así lo desea)
- El diseño de la actividad deberá ajustarse a la normativa reguladora del curso cuya celebración solicita, disponible en la página web.
- **Incidencias.** Si después de ser aprobado el curso se producen variaciones que puedan alterar sustancialmente su desarrollo, deberá ponerlas en conocimiento de la Dirección del Centro de Formación Permanente tan pronto sea posible.

*Desde el Centro de Formación Permanente estamos a su disposición,
para ayudarle a concluir con éxito la actividad que nos propone.
Gracias por su colaboración.*

Nombre del/la solicitante (Director/a del Curso):

Título del curso:

Entidades colaboradoras (en su caso):

N.º de hojas de que consta la solicitud (ésta inclusive):

Firma:

.....



[A] DATOS DEL/LA SOLICITANTE (DIRECTOR/A DEL CURSO)

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF (letra incluida):

CATEGORÍA ACADÉMICA:

OTRAS SITUACIONES (especificar mediante anexo):

DEPARTAMENTO / SERVICIO UNIVERSITARIO:

FACULTAD / ESCUELA UNIVERSITARIA/ INSTITUTO:

TELÉFONO (y/o extensión):

FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

[A1] DATOS DEL COORDINADOR (subdirector, coordinador de organización, gestor, etc.)

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF (letra incluida):

TELÉFONO Y/O EXTENSIÓN:

FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:

RAMA DE CONOCIMIENTO (Marque una o varias a las que adscribiría el curso)

[B] DATOS DEL CURSO

TÍTULO:

PERFIL DE LOS/LAS DESTINATARIOS/AS (especifique, en su caso, los requisitos de admisión):

FECHA DE INICIO:

FECHA DE CIERRE:

FECHA LÍMITE DE PREINSCRIPCIÓN (cursos presenciales):

Plazo general
24 h. antes: Otro:

FECHA LÍMITE DE PREINSCRIPCIÓN (en cursos on-line):

LUGAR DE CELEBRACIÓN (en su caso):

WEB DE LA ACTIVIDAD (en su caso):

LOCAL(ES) EN EL (LOS) QUE SE PREVÉ SU CELEBRACIÓN:

CAPACIDAD:

N.º MÁXIMO ASISTENTES:

N.º MÍNIMO (que garantice su viabilidad):

N.º HORAS DOCENTES:

MODALIDAD:



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**
Campus de Excelencia Internacional



CENTRO DE FORMACIÓN PERMANENTE
C/. Fonseca 2, 1º - 37002 SALAMANCA
Tel.: 923 294 500 (ext. 1174)
formacionpermanente@usal.es
<http://formacionpermanente.usal.es>

[C] PROGRAMA ACADÉMICO

(Se describirá el índice de materias, así como el calendario y el horario en los que se impartirán).



[D] PROFESORADO

| | | | |
|-----------|--|-----------------------------------|---|
| 01 | NOMBRE <input type="text"/> | APELLIDOS <input type="text"/> | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/> |
| | INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA <input type="text"/> | | N.º HORAS DE DOCENCIA <input type="text"/> |
| 02 | NOMBRE <input type="text"/> | APELLIDOS <input type="text"/> | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/> |
| | INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA <input type="text"/> | | N.º HORAS DE DOCENCIA <input type="text"/> |
| 03 | NOMBRE <input type="text"/> | APELLIDOS <input type="text"/> | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/> |
| | INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA <input type="text"/> | | N.º HORAS DE DOCENCIA <input type="text"/> |
| 04 | NOMBRE <input type="text"/> | APELLIDOS <input type="text"/> | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/> |
| | INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA <input type="text"/> | | N.º HORAS DE DOCENCIA <input type="text"/> |
| 05 | NOMBRE <input type="text"/> | APELLIDOS <input type="text"/> | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/> |
| | INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA <input type="text"/> | | N.º HORAS DE DOCENCIA <input type="text"/> |
| 06 | NOMBRE <input type="text"/> | APELLIDOS <input type="text"/> | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <input type="text"/> |
| | INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA <input type="text"/> | | N.º HORAS DE DOCENCIA <input type="text"/> |

(Utilice tantas hojas como precise)



[E] PRESUPUESTO

| INGRESOS | | | |
|--|--------|------------|--|
| (Sobre el mínimo de asistentes que garantice la viabilidad económica del curso) | | | |
| Matrícula ordinaria | Precio | Nº alumnos | |
| Matrícula reducida estudiante universitario | Precio | Nº alumnos | |
| Otra matrícula reducida | Precio | Nº alumnos | |
| Subvenciones o aportaciones (aportar justificación) | | | |
| TOTAL: | | | |

| GASTOS | |
|--|--|
| Gestión general e imagen institucional (mínimo 20% de los ingresos por matrícula) | |
| Por <input type="text"/> horas de docencia de PDI-USAL <input type="text"/> €/h | |
| Por <input type="text"/> horas de otra docencia <input type="text"/> €/h | |
| Por manutención (*) | |
| Por alojamiento (*) | |
| Por desplazamientos (**) | |
| Por materiales docentes | |
| Por publicidad y difusión | |
| Otros (especificar) | |
| TOTAL: | |

* Las cuantías máximas fijadas en el R.D. 462/2002, de 24 de mayo, sobre "Indemnizaciones por razón del servicio" son:
Alojamiento: 65,97 euros; Dieta manutención: 37,40 euros; Dieta entera: 103,37 euros.

** Si se utiliza transporte público se abonará el importe del billete y en caso de usar vehículo particular el importe se calculará a razón de 0,19 euros el kilómetro.



[F] AVAL ACADÉMICO

Con motivo de su reunión del pasado día de de,

- a) la Junta de la Facultad / Escuela.....
- b) el Consejo del Departamento / Instituto

Acordó INFORMAR FAVORABLEMENTE la celebración del Curso:

.....
.....

en los términos que expresa su solicitante (Director/a del Curso) en las páginas que preceden a la presente.

El/La
(cargo académico)

Fdo.:
(firma y sello)

EN CASO DE ESTAR AVALADO POR UN SERVICIO UNIVERSITARIO O VICERRECTORADO.

El/La Director/a del Servicio / Vicerrector/a

INFORMA FAVORABLEMENTE la celebración del Curso:

.....
.....

El/La
(cargo académico)

Fdo.:
(firma y sello)