



OSASUN SAILA  
Osasun Sailburuordetza  
Plangintza, Antolamendu eta  
Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD  
Viceconsejería de Salud  
Dirección de Planificación, Ordenación  
y Evaluación Sanitaria

ASOCIACIÓN ALTXA  
MANUEL HERNANZ RUIZ  
BARRAINCUA 16, 1º IZDA.  
48009 Bilbao (Bizkaia)

Jn./ And. Agurgarria:

Estimado Sr./ Sra.:

Gutun honen bidez zuk aurkeztutako kreditatzeko jarraian aipatzen den eskaerari buruzko Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzarako Euskal Kontseiluko Ebaluazio-Batzordeak hartutako erabakia jakinarazten dizut

Por la presente le comunico la decisión adoptada por el Comité de Evaluación del Consejo Vasco de Formación continuada de las Profesiones Sanitarias en relación con la solicitud de acreditación presentada por U. para la actividad que se detalla a continuación:

**Izenburua**  
*Título*

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA Y PSICOPATOLOGÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. NIVEL BASICO**

**Erregistroaren zbk**  
*Nº Registro*

513/18

**Lekua**  
*Lugar*

**Bilbo Bilbao (Bizkaia)**  
Bilbao Bilbao (Bizkaia)

**Data**  
*Fecha*

**2018(e)ko urriaren 2(e)tik 2019(e)ko maiatzaren 7(e)ra**  
del 2 de octubre de 2018 al 7 de mayo de 2019

**Jardueraren garapena eskabidean agertzen den bezala gertatzen bada hurrengo kredituak lortuko ditu:**

**En caso de que la misma se desarrolle sin ningún cambio sobre los datos aportados obtendrán:**

### KREDITUAK/CRÉDITOS: 14.2

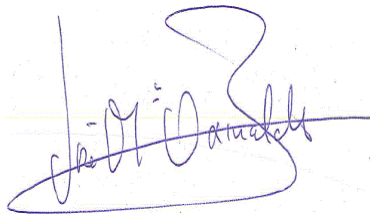
Edozein kasutan ere, amaitu eta 15 eguneko epean ondoko dokumentuak aurkeztu beharko dituzue:

En el plazo de 15 días desde su finalización, deberá aportarse la siguiente documentación:

- 1.- Honekin batera doakizun jarduera burutu delako frogagarria izenpetuta
- 2.- Kreditazioa lortu nahi duten partaideen zerrenda eta asistentzia kontrolatzeko erabili den sistema (sinadura-orria edo antzekoa)
- 3.- Gogobetetasun inkesteen jasotako kopurua eta emaitzeen laburpena
- 4.- Ebaluazio-probarik egin bada, hor izandako emaitzak
- 5.- Parte-hartzailei emandako materiala, laguntza komertziala daukanean
- 6.- Kredituak eskuratu ahal dituen parte-hartzailei eman beharreko egiaztagiriaren eredua

- 1.- Certificado de realización anexo debidamente firmado
- 2.- Relación de participantes que optarán a la acreditación, acompañada del sistema de control de asistencia empleado (hoja de firmas o similar)
- 3.- Número de encuestas de satisfacción recogidas y breve resumen de los resultados
- 4.- Resultados de otras pruebas de evaluación, en caso de que existan
- 5.- Material facilitado a los asistentes, si existe patrocinio comercial
- 6.- Modelo de diploma o certificado a entregar a los participantes con derecho a créditos

Vitoria-Gasteiz, 2018(e)ko uztailaren 19(e)an.



Jose Maria Oxinalde Roncero  
ETENGABEKO PRESTAKUNTZAKO EUSKAL KONTSEILUKO IDAZKARIA  
SECRETARIO DEL CONSEJO VASCO DE FORMACIÓN CONTINUADA



**OSASUN SAILA**  
Osasun Sailburuordetza  
Plangintza, Antolamendu eta  
Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza

**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
Viceconsejería de Salud  
Dirección de Planificación, Ordenación  
y Evaluación Sanitaria

D./D<sup>a</sup>.MANUEL HERNANZ RUIZ Jn./And.

Profesio Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzarako  
Euskal Kontseiluak kreditatu duen ondoko  
jardueraren arduradunak

Responsable de la actividad acreditada por el  
Consejo Vasco de Formación Continuada de las  
Profesiones Sanitarias que lleva por título

**513/18. CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA Y PSICOPATOLOGÍA DE NIÑOS Y  
ADOLESCENTES. NIVEL BASICO**

Lekua/Lugar: Bilbo Bilbao (Bizkaia)/ Bilbao Bilbao (Bizkaia)

Data/Fecha: 2018(e)ko urriaren 2(e)tik 2019(e)ko maiatzaren 7(e)ra/del 2 de octubre de 2018 al 7 de mayo de 2019

CERTIFICO/ EGIAZTATZEN DUT

Aipatutako jarduera burutu dela aurkeztutako  
eskabideko datuetan aldaketarik izan gabe.

que dicha actividad se ha desarrollado sin  
modificaciones sobre la solicitud presentada.

Data/Fecha

Sinadura/Firma