



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:

Honekin batera zuk aurkeztutako kreditatzeko eskaerari buruzko Lanbide Sanitarioen Etengabeko Prestakuntzarako Euskal Kontseiluko Ebaluazio-Batzordeak hartutako akordioaren egiaztagiria bidaltzen dizut.

Indarrean dagoen arautegiaren arabera, Jardueraren garapenean aldaketarik gertatuz gero, edo eskabideko beste edozein datutan aldaketarik gertatu bada, horren berri eman beharko zaio Kontseiluari.

Edozein kasutan ere, amaitu denetik 15 eguneko apean, ondoko dokumentuak aurkeztu beharko dituzue:

- Honekin batera doakizun jarduera burutu delako frogagiria izenpetuta
- Kreditazioa lortu nahi duten partaideen zerrenda eta asistentzia kontrolatzeko erabiltzen den sistema (sinadura-orria edo antzekoa)
- Gogobetetasun inkesteen jasotako kopurua eta emaitzen laburpena
- Ebaluazio-probarik egin bada, hor izandako emaitzak
- Parte-hartzailei emandako materiala, laguntza komertziala daukanean
- Kredituak eskuratu ahal dituen parte-hartzailei eman beharreko egiaztagiriaren eredia

Aurreko dokumentuak igortzea derrigorrezkoa izango da kreditazio berriak eskatu ahal izateko.

Kontseiluak auditoria egin diezaioke jarduerari.

Agur bero bat.

Estimado Sr./ Sra.:

Adjunto remito certificación del acuerdo adoptado por el Comité de Evaluación del Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias en relación con la solicitud de acreditación presentada por Vd.

Atendiendo a la normativa vigente, deberá ser comunicada al Consejo cualquier modificación en el desarrollo de la actividad que suponga un cambio de los datos aportados en la solicitud presentada.

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

- Certificado de realización anexo debidamente firmado
- Relación de participantes que optarán a la acreditación acompañada del sistema de control de asistencia empleado (hoja de firmas o similar).
- Nº de encuestas de satisfacción recogidas y breve resumen de los resultados
- Resultados de otras pruebas de evaluación, en caso de que existan
- Material facilitado a los asistentes, si existe patrocinio comercial
- Modelo de diploma o certificado a entregar a los participantes con derecho a créditos.

La remisión de esta documentación será imprescindible para poder solicitar nuevas acreditaciones.

La actividad podrá ser objeto de auditoría.

Un cordial saludo.

Vitoria-Gasteiz, 2018(e)ko abenduaren 14(e)an.

Miren Nekane Murga Eizagaechearría
PLANGINTZA, ANTOLAMENDU ETA EBALUAZIO SANITARIOKO ZUZENDARIA
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y EVALUACIÓN SANITARIAS



OSASUN SAILA
Lanbide Sanitarioen Etengabeko
Prestakuntzako Euskal Kontseilua

DEPARTAMENTO DE SALUD
Consejo Vasco de Formación
Continuada de las Profesiones Sanitarias

Jose Maria Oxinalde Roncero, Lanbide Sanitarioen
Etengabeko Prestakuntzako Euskal Kontseiluko
idazkariak, EGI AZTATZEN DU

D. Jose Maria Oxinalde Roncero, Secretario del
Consejo Vasco de Formación Continuada de las
Profesiones Sanitarias, CERTIFICA

Kontseiluko Ebaluazio Batzordeak, 2018/12/13 (e)an
izandako bileran, ondoko AKORDIOA hartu du:

Que el Comité de Evaluación de dicho Consejo, en
reunión celebrada el 13/12/2018 ha adoptado el siguiente
ACUERDO:

Etengabeko Prestakuntzarako Jarduera KREDITATU

ACREDITAR la actividad de Formación Continuada

Erakunde Hornitzailea
Entidad Proveedora

ASOCIACIÓN ALTXA

Izenburua
Título

**SEMINARIOS CURSO DE FORMACION EN PSICOPATOLOGIA Y
PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Erregistroaren zbk
Nº Registro

791/18

Lekua
Lugar

Bilbo Bilbao (Bizkaia)
Bilbao Bilbao (Bizkaia)

Data
Fecha

2018(e)ko azaroaren 30(e)tik 2019(e)ko otsailaren 9(e)ra
del 30 de noviembre de 2018 al 9 de febrero de 2019

**Ondoko langile
sanitarioentzat**
*Para profesionales
sanitarios de*

Medikuntza / Medicina
Psikologia / Psicología

KREDITUAK/CRÉDITOS: 1.8

Kredituak eskuratu ahal dituen parte-hartzailei
emandako ziurtagirietan ondoko hauek agertuko dira
espresuki eta ondoan agertzen diren termino beretan:

En la certificación o diploma que se emita a los
participantes con derecho a créditos tendrá que constar
de manera expresa:

- 1.- Osasuneko Sistema Nazionaleko Etengabeko
Prestakuntzako Batzordearen logotipoa.
- 2.- "Lanbide Sanitarioen Etengabeko Presta-kuntzako
Euskal Kontseiluak kreditatutako Jarduera" izeneko
testua, erregistro zenbakiarekin batera.
- 3.- Kreditu-kopurua.

- 1.- El logotipo de la Comisión de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud.
- 2.- El texto "Actividad Acreditada por el Consejo Vasco
de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias",
junto con el número de registro.
- 3.- El número de créditos.

Akordio honen aurka gorako helegitea aurkeztu ahal
izango dute interesatuek Osasun Sailburuaren aurrean,
hilabeteko epean jakinarazpen datatik kontatzen hasita.

Contra el presente acuerdo podrán los interesados
interponer recurso de alzada ante el Consejero de Salud
en el plazo de un mes a contar desde su notificación.

Vitoria-Gasteiz, 2018(e)ko abenduaren 14(e)an.

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



D./D^a. 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

**791/18. SEMINARIOS CURSO DE FORMACION EN PSICOPATOLOGIA Y PSICOTERAPIA DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES**

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

Data/Fecha: 2018(e)ko azaroaren 30(e)tik 2019(e)ko otsailaren 9(e)ra / del 30 de noviembre de
2018 al 9 de febrero 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