

	SOLICITUD DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE FORMACIÓN FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.		
	ANEXO 1	Código: P/CL009_FMyCCS_A1	

DATOS BÁSICOS	
Titulación	Curso
Asignatura	
Nº de alumnos (estimado)	Fecha de realización de la Actividad

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Objetivos
Contenido
Lugar (Entidad/Ciudad/Población...)
Duración de la Actividad (Días/Horas)
¿Existe incompatibilidad de horario/obligaciones docentes?
En caso afirmativo, ¿cómo quedan cubiertas dichas obligaciones?

