SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE AVAL CIENTÍFICO SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA (SAC)

A.- ACTIVIDAD

Nombre de la actividad

Entidad organizadora de la actividad

Responsable (nombre y cargo)

Lugar donde se celebrará la actividad:

Fecha de inicio: _____de _____de _____

Fecha de finalización: _____de _____de _____

Tipo de actividad:

- ☐ Congreso/Jornada/Reunión Científica
- ☐ Curso/Seminario/Taller/Similares
- ☐ Presencial

Modalidad:

- ☐ No presencial
- ☐ Mixta

Número total de horas previstas de la actividad:

SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

Profesionales a los que se dirige la actividad

B.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD

1.-Objetivos:

Especificar los objetivos de formación que se pretenden conseguir, tanto de forma general como aquellos específicos.

2.- Organización y logística

Es **imprescindible adjuntar el programa de la actividad**, el cual debe contemplar:

- Calendario con especificación de horario
- Docentes
- Lugar donde se realiza la actividad
- Secretaría Técnica si procede
- Elaboración del programa por:

☐ Comité Científico ☐ Comité del Congreso

☐ Comité Organizador ☐ Patrocinador

SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

C.- DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

Los ponentes/moderadores participantes deben dar a conocer los potenciales conflictos de intereses que pudieran introducir sesgo en el contenido de sus presentaciones. Un posible conflicto de intereses podría surgir de las relaciones, pasadas o presentes, tales como dependencia laboral, servicios de consultoría, inversiones, titularidad de acciones, financiación de investigación, vínculo familiar, etc.

En el caso de existir algún sesgo potencial relacionado con el tema de la presentación deberá ser mencionado al inicio de la misma:

☐ No hay ningún potencial conflicto de intereses.

☐ Existen los siguientes posibles conflictos de intereses:

- ☐ Contratos de investigación
- ☐ Servicios de consultoría
- ☐ Trabajo en la industria
- ☐ Accionista de una empresa farmacéutica o de equipamiento
- ☐ Propietario de una empresa farmacéutica o de equipamiento
- ☐ Otro

Especificar

D.- ACTIVIDAD PATROCINADA

- ☐ SI
- ☐ NO

En caso afirmativo especificar: PATROCINADOR/PATROCINADORES

SOCIEDAD ANDALUZA DE CARDIOLOGÍA

E.- INFORMACIÓN ADICIONAL

Fecha de cumplimentación: _____de _____de _____

Firma: