



FORMULARIO N° 001

FECHA DE RECEPCION: _____

CONSEJO ACADÉMICO EN ODONTOLOGÍA

Solicitud para la Certificación de Actividades de Educación Continua en Odontología.

de solicitud: _____

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Ente proveedor:

1.2 Nombre del Coordinador (a) de la Actividad:

1.3. Teléfono:

Correo electrónico:

1.4. Nombre de la actividad:

1.5. Matrícula esperada:

1.6. Tipo de certificado: De acuerdo al Programa de Recertificación.

Aprovechamiento (Mínimo 21 horas con evaluación)	
Participación (12 o más horas académicas)	
Asistencia (Menos de 12 horas académicas)	

1.7. Sede de la actividad:

1.8 Fecha de inicio: _____ **Fecha de finalización:** _____

1.9. Horario:

1.10. Total horas académicas:

1.11 Costo por participante:

2. JUSTIFICACIÓN

Si se requiere más espacio esta página se puede fotocopiar.

3. SISTEMA DE EVALUACIÓN:

(Se adjunta propuesta de formulario que deberá ser entregado a los participantes)

3.1. Nombre Conferencista (s)

3.2. De la actividad en General

3.3. Consolidado de las evaluaciones aplicadas (3.1 y 3.2) que debe ser enviado al CAO posterior a la actividad (digital o en físico en un plazo máximo de un mes).

4. DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

4.1. Nombre Conferencista (s) (incluir currículum y títulos)

4.2 Adjuntar copia del Permiso Sanitario de Funcionamiento del Ministerio de Salud, cuando la actividad se realiza en establecimientos comerciales.

4.3 Adjuntar copia del Permiso Sanitario de Funcionamiento del Ministerio de Salud, de las aulas para docencia cuando se encuentren en un consultorio dental.

4.4 Adjuntar copia del Permiso de Habilitación del Ministerio de Salud con Docencia, cuando la actividad educativa se realiza en un consultorio dental.

5. Objetivo de la Actividad:

6.-Diseño Metodológico:(¿Cómo se desarrollará la actividad?)

7. Contenidos

Sírvase llenar este espacio por cada uno de los temas.

NOMBRE DEL EXPOSITOR	TEMA DE LA CHARLA

8. Tema de Interés Nacional Obligatorio (en charlas de más de 6 horas).

8.1. Definición del Tema:

8.2. Tiempo Establecido para desarrollar el tema (10% del total de horas de la actividad): _____

Nota aclaratoria:

- Ninguna actividad debe anunciarse como *Recertificada por el Consejo Académico Odontológico*, o de lo contrario será rechazada.
- Una vez presentada la solicitud podrá usarse “*Actividad académica bajo estudio para recertificación*”.
- El logo del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica no podrá ser utilizado por ningún ente proveedor externo al Colegio.
- Una vez recertificada la actividad se colocará en los diplomas el sello de horas de recertificación del Consejo Académico Odontológico.
- Todo proveedor debe cumplir con el artículo #34 el cual dice:
“Las actividades académicas de Educación Continua en que cobre una cuota al participante, deben cancelar el 2% del ingreso total por inscripciones de acuerdo a lo estipulado por el Consejo Académico en Odontología, treinta días hábiles después de terminado el evento. En caso de que el pago no se haga en el plazo indicado, la entidad deberá pagar 10 veces el monto que dejaron de pagar y; hasta tanto no lo cancele no podrán recibir la autorización a futuro. En caso de reincidencia, no se les otorgará la autorización hasta 5 años después.”
- Para más información puede comunicarse al 2256-3100 ext.102 o 118 o al correo electrónico direccionacademica@colegiodentistas.org

Firma de responsable: _____

Cédula: _____