

# ANEXO

## FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CURSO DE SEGUNDO NIVEL DE FORMACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

(Art. 6.2 RD 1976/1999, de 23 de diciembre)

### A.- ENTIDAD ORGANIZADORA DEL CURSO

<b>NOMBRE:</b>			
<b>CALLE:</b>		<b>CIUDAD:</b>	
<b>PROVINCIA:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>	<b>TELÉFONO:</b>	<b>FAX:</b>
<b>E-MAIL:</b>		<b>RESPONSABLE ENTIDAD:</b>	

### B.- DATOS RELATIVOS A LA ORGANIZACIÓN DEL CURSO

DIRECTOR DEL CURSO Y PROFESORADO	
NOMBRE	PUESTO DE TRABAJO/ TITULACIÓN
<b>DIRECTOR:</b>	
<b>TEF. CONTACTO:</b>	<b>E-MAIL:</b>
<b>PROFESORES:</b>	

Nota; Adjuntar breve currículum profesional y formativo en la materia, del Director y profesores

<b>NÚMERO PREVISTO DE PARTICIPANTES:</b> _____	<b>LUGAR Y FECHAS DEL CURSO</b>
<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES SIN FORMACIÓN DE PRIMER NIVEL</b> _____	<b>LUGAR:</b> _____
<b>NÚMERO TOTAL DE HORAS (no inferior a 20):</b> _____	<b>INICIO:</b> _____
	<b>FINALIZACIÓN</b> _____

**PROGRAMA FORMATIVO: ADJUNTAR**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**EL DIRECTOR DEL CURSO,**