

## ANEXO 2

### ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA PROGRAMA DE RECERTIFICACIÓN (CRAMA) SOLICITUD DE CREDITOS DE LA ACTIVIDAD

El presente formulario y otras constancias que de él se deriven deberán ser entregados en la sede de la Asociación Médica Argentina tres meses antes de la iniciación de la actividad para la cual se soliciten los créditos.

La presentación será evaluada por el CRAMA y será respondida dentro del mes de recibida.

#### DATOS PARTICULARES

##### PRESIDENTE-DIRECTOR-AUTORIDAD:

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: ..... C.P.: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Tel./Fax: .....

E-mail: ..... Profesión: .....

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD: .....

.....

##### CARÁCTER DE ACTIVIDAD (marcar lo que corresponda)

Congreso ( )      Jornada ( )      Curso ( )      Conferencia ( )  
Simposio ( )      Taller ( )      Nacional ( )      Internacional ( )

**PROGRAMA A DESARROLLAR:** adjuntar programa aclarando tipos de evaluación (parcial - final - teórico - práctica) y contenidos.

**DURACIÓN TOTAL DE LA ACTIVIDAD EN HORAS CÁTEDRAS:** .....

**INSTITUCIÓN ORGANIZADORA:** SI ( ) Nombre: .....

.....

NO ( )

**OBJETIVOS:** .....

.....

.....

.....

##### METODOLOGÍA (marcar lo que corresponda)

Conferencia ( )      Clases Dialogadas ( )      Mesas Redondas ( )      Cursos ( )  
Seminario ( )      Actividades a Distancia ( )      Taller ( )      Vídeos ( )

Otras ( ) .....

**DOCENTES - DISERTANTES:** Adjuntar resumen de Curriculum Vitae de los mismos.  
Universidad ( ) Hospital ( ) Otra Institución: .....

**ARANCELADO** SI ( ) MONTO ..... NO ( )

**AUSPICIADO POR LA AMA:** SI ( ) NO ( )  
(Presentar fotocopia del mismo)

**AUSPICIADO POR:** .....  
.....

**OTROS:** .....  
.....

.....  
Firma y sello de la autoridad responsable  
de la actividad

.....  
Firma y sello del Presidente  
de la Institución

Reservado para el CRAMA	
Aprobado Si / No	Cantidad de CHDC CRAMA Otorgados:

**Secretario CRAMA**

**Presidente CRAMA**

---