

	<b>AUTORIZACION DE PROGRAMA PARA ATENDER ACTIVIDAD ASISTENCIAL ADICIONAL</b>  <b>SALUD PÚBLICA</b>
<b>CENTRO DE SALUD PÚBLICA</b>	
<b>TIPO DE SOLICITUD</b>	<input type="checkbox"/> Nueva Solicitud <input type="checkbox"/> Continuidad
	<b>3.1. Mejora accesibilidad y gestión de la demanda</b> <input type="checkbox"/> 3.1.1. Vigilancia Salud Pública <input type="checkbox"/> 3.1.2. Alertas Epidemiológicas
	<b>3.2. Programas Específico</b> <input type="checkbox"/> 3.2.1. Prevención Cáncer de mama <input type="checkbox"/> 3.2.2. Otros

<b>CENTRO /UNIDAD</b>	
-----------------------	--

<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ORDINARIA</b>	<p><i>Descripción de la actividad durante la jornada laboral ordinaria de las categorías profesionales solicitadas. Incluye, como mínimo el tipo de actividad para la que se solicita el módulo:</i></p>
--	--

	<i>Dotación actual de las categorías profesionales de la plantilla del servicio/unidad para las que se solicita el programa:</i>
	<i>Datos de la demanda (Incluya datos de la demora y rendimiento mensual en el último año en la actividad para la que solicita el programa):</i>

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	<i>Título/Resumen:</i>
	Fecha de inicio: Fecha de fin:
	<i>Objetivos a cubrir durante la duración del programa e impacto esperado en términos cuantitativos:</i>
	<i>Número de procedimiento, técnicas, visitas o informes a realizar por módulo:</i>
	¿Existe desplazamiento de algún profesional? <input type="checkbox"/> Sí (Adjuntar aceptación de la gerencia de origen) <input type="checkbox"/> No

<b>NECESIDADES</b>	Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> Módulos (4 horas) <b>Cantidad total solicitada:</b>
	<b>N.º y categoría de profesionales:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cantidad:</span> <span>Categoría:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cantidad:</span> <span>Categoría:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cantidad:</span> <span>Categoría:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cantidad:</span> <span>Categoría:</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cantidad:</span> <span>Categoría:</span> </div>

<b>DECLARACIÓN</b>	1) El personal que participe lo hará con carácter voluntario. 2) El personal que participe realizará los módulos o sesiones del presente programa fuera de jornada ordinaria de trabajo y de atención continuada. 3) El personal que participe habrá cumplido los objetivos asignados al mismo relacionados con la accesibilidad, rendimiento asistencial y uso adecuado de recursos.
--------------------	---

<b>PROPONE LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>APRUEBA LA SOLICITUD</b>
Jefatura o responsable de la unidad  Fecha:	Dirección del Centro de Salud Pública  Fecha:	Dirección General de Salud Pública  Fecha:

<b>AUTORIZA EL PROGRAMA</b>
Director General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación  Fecha: