



OSASUN SAILA

Osasun Sailburuordetza

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio
Sanitarioko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD

Viceconsejería de Salud

Dirección de Planificación, Ordenación y
Evaluación Sanitarias

ANEXO II

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

Titulo actividad formativa: Nº de registro o de la solicitud para la acreditación por el Consejo Vasco de Formación
Continuada de la actividad formativa* Fecha comienzo Fecha finalización Localidad Provincia

En caso de que se hayan realizado varias ediciones de la actividad formativa, se ha de rellenar la siguiente tabla.

Nº de ediciones	Fecha de comienzo	Fecha de finalización	Lugar	Horario	Nº Plazas
1					
2					
3					
4					

Firmado:

Presidente/a de la entidad