



# SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA (SVORL)

## SOLICITUD DE AVAL DOCENTE-ACADÉMICO

Una vez revisada las orientaciones, favor proceder a completar el siguiente Formato. En caso de alguna duda contactar al número (0212) 9783311 o enviar su requerimiento al correo: svorl@hotmail.com

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN O ENTIDAD SOLICITANTE

DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN O ENTIDAD QUE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD:

RIF: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: ( ) \_\_\_\_\_ CEL: ( ) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### II.- DATOS DEL DIRECTOR (ES) DE LA INSTITUCIÓN O RESPONSABLE DE LA SOLICITUD

1.- APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

C.I. Nº : \_\_\_\_\_ RIF: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: ( ) \_\_\_\_\_ CEL: ( ) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

2.- APELLIDOS Y NOMBRES:

\_\_\_\_\_

C.I. Nº :

\_\_\_\_\_

RIF:

\_\_\_\_\_

TELÉFONOS:

(        ) | \_\_\_\_\_

CEL:

(        ) | \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO:

\_\_\_\_\_

**III. DATOS DE LA ACTIVIDAD QUE REQUIERE CONCESIÓN DE AVAL DOCENTE-ACADÉMICO**

3.1 TIPO DE ACTIVIDAD (SELECCIONAR MARCANDO CON UNA X):

3.1. Programa académico (    )

3.2 Cursos de Formación (    ) (Indicar la modalidad):

3.2.1 Presencial (    )

3.2.2 A distancia (    )

3.3 Talleres (    )

3.4 Otros (    )

ESPECIFICAR:

\_\_\_\_\_

3.2 OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.3 JUSTIFICACIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV. ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA:**

4.1 FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD (FAVOR INDICAR DIA, MES Y AÑO):

FECHA DE INICIO:        \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FECHA DE CULMINACIÓN:    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4.2 LUGAR DONDE SE REALIZARÁ:

\_\_\_\_\_

4.3. ¿LA ACTIVIDAD CUENTA CON PATROCINIO POR CASAS COMERCIALES Y/O SI SON ESTAS LAS QUE DESARROLLAN LA ACTIVIDAD? (FAVOR INDICAR CON UNA X):

SI: \_\_\_ NO: \_\_\_



**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA FAVOR ESPECIFICAR:**

---

---

**4.4. ¿REQUIERE DIVULGACIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS QUE DISPONE LA SVORL?  
(FAVOR INDICAR CON UNA X):**

SI: \_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA FAVOR ESPECIFICAR:**

---

---

**4.5 INDICAR A QUIEN VA DIRIGIDA LA ACTIVIDAD PROPUESTA (MARCAR CON UNA X):**

MÉDICOS ( )  
ESTUDIANTES ( )  
TÉCNICOS/ ENFERMERAS ( )  
OTROS ( )

**ESPECIFICAR:**

---

**4.6. NÚMERO DE PARTICIPANTES (ESTIMADO): \_\_\_\_\_**

**4.7 NÚMERO DE HORAS DE DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD, ESPECIFICANDO EL  
DESGLOSE DE HORAS TEÓRICAS Y/O PRÁCTICAS:**

**Nº HORAS TEÓRICAS: \_\_\_\_\_ Nº HORAS PRÁCTICAS: \_\_\_\_\_**

**4.8. MONTO DE LA INSCRIPCIÓN (EN CASO DE QUE APLIQUE): \_\_\_\_\_**

**4.9.- PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

---

---

**4.10 NÚMERO DE HORAS/ CRÉDITOS DE LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_**

**4.11 CERTIFICACIÓN QUE SE OTORGARÁ AL FINALIZAR LA ACTIVIDAD:**

---

---



**FAVOR ANEXAR EN FORMATO PDF LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

- Copia de RIF de la institución o entidad y documento de creación, constitución o registro que realizará la actividad.
- Copia de la Cédula de identidad laminada y vigente. Copia de RIF del Director (es) o responsable de la solicitud (Si son más de 2 Directores o representantes legales adjuntar igual información)
- Programa completo de la actividad propuesta el cual deberá contemplar: objetivos, contenidos programático, personas a las que va dirigido/audiencia, estrategias metodológicas y de evaluación, cronograma, datos y resumen curricular del responsable de la actividad y de los profesores, record de procedimientos y número de créditos otorgados

<b>FIRMA (S) DEL SOLICITANTE (S)</b> _____	<b>C.I. N°</b> _____
--	----------------------

**SOLO PARA SER COMPLETADO POR PARTE DE LA SVORL:**

**FIRMA DEL RECEPTOR:** \_\_\_\_\_

**C.I. N°** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

