**Formato para la realización de:**

**ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PACIENTES Y FAMILIARES DEL INRLGII (EPS)**

(Evento sin costo dirigido a pacientes y familiares)

**El presente formato deberá ser requisitado por el Responsable de cada evento de Educación para la Salud (EPS).**

**Nota:** Se le solicita que **NO modifique** el formato de este documento. Anote los datos solicitados con letras mayúsculas y minúsculas, Arial 10.

**La información que deberá ser anotada para cada evento académico programado, es la siguiente:**

* Nombre de la actividad:
* Nombre del Responsable:
* Fechas de realización:
* Horario:
* Objetivo de la actividad:
* Actividad dirigida a: pacientes y familiares.
* Número programado de asistentes:
* Lugar solicitado: aula o salón Temazcal (*especificar cuántos salones y el horario exacto de su uso)*.
* Requisito de Inscripción: por invitación*.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL****RESPONSABLE DEL EVENTO** |  | **NOMBRE Y FIRMA DE Vo. Bo.** **DEL JEFE INMEDIATO** |  | **NOMBRE Y FIRMA****DEL DIRECTOR (A)** |

Este formato requisitado deberá ser firmado por usted como Responsable de la actividad de Educación para la Salud (EPS), por su jefe inmediato y remitido a la Subdirección a la que se encuentra usted adscrito, quien a su vez lo entregará a su Dirección para la autorización correspondiente. Finalmente, cada Dirección deberá enviar el total de los formatos de actividades académicas a la Dirección de Educación en Salud para su programación.

Este formato con toda la información requerida**, *SIN FIRMAS*,** como archivo Word 97-2003**,** deberá serenviado por el Responsable de la actividad de EPS al correo electrónico jacamarena@inr.gob.mx Posteriormente se le entregará por memorándum de la Dirección de Educación en Salud la respuesta de aceptación de la actividad de EPS.

**F05-PR-SEM-07 Rev. 05 JUL 23**