



FEPIMCTI

Federación Panamericana e Ibérica
de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

I. DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD (Nombre completo y siglas)

ANEXO 1 . FORMULARIO DE SOLICITUD DE AVAL

SOLICITUD DE AVAL A LA FEPIMCTI A ACTIVIDADES CIENTÍFICAS, REUNIONES FORMATIVAS,
PUBLICACIONES Y OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN

FORMULARIO DE SOLICITUD:

II. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN		
TELÉFONO	MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		
INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA			DIRECCIÓN INSTITUCIÓN		
Sociedad miembro de la FEPIMCTI			SI / NO Especificar:		



FEPIMCTI

Federación Panamericana e Ibérica
de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

III. COMITÉ DIRECTIVO U ORGANIZADOR DE LA ACTIVIDAD

IV. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS POTENCIALES

V. BREVE JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD



FEPIMCTI

Federación Panamericana e Ibérica
de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

VI. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

VII. POBLACIÓN Y ÁREA A LA QUE SE DESTINA LA ACTIVIDAD

VIII. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA LA ACTIVIDAD

IX. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES



FEPIMCTI

Federación Panamericana e Ibérica
de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

X. PLAN DE DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD

XI. MEMORIA ECONÓMICA (imprescindible si se solicita la exención de cuota)

XII. RECURSOS DISPONIBLES

Por favor, mencionar si se están preparando o ya han presentado solicitudes de financiación, si han obtenido o están buscando una subvención, así como la fuente (s) de financiación prevista u obtenida.

Fecha y firma del solicitante:

Este formulario debe ser utilizado para presentar la solicitud de aval a FEPIMCTI. **Debe complementar todos los apartados** y enviarlo a secretariafepimcti@gmail.com

Puede añadir un anexo a estas páginas que considere necesarias a este formulario para facilitamos la información completa.

En caso de necesitar cualquier otra información o ayuda para cumplimentar el formulario puede contactar con secretariafepimcti@gmail.com