**SOLICITUD DE AVAL SOCIAL**

**1. TITULO DE LA ACTIVIDAD**

**2. ENTIDAD PROVEEDORA**

(Institución o centro que solicita el aval para la actividad y se hace responsable de ella.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la Institución / centro: |  | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | |
| Municipio : |  | | | | | |
| Provincia: |  | | | | | |
| Código postal: |  | | | | | |
| Responsable de la entidad: |  | | | | | |
| Responsable de la actividad en la Institución \* |  | | | | | |
| Cargo: |  | | | | | |
| Tfno: |  | | | | | |
| Fax: |  | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | |
| Carácter de la entidad | Pública |  | Privada |  | Otras |  |

(**\* L**a Secretaría Técnica se dirigirá al responsable de la actividad para cualquier gestión y/o comunicación relacionada con la presente solicitud).

**3. ACTIVIDAD**

**3.1. DIRECTOR(ES) DOCENTES RESPONSABLE/S DE LA ACTIVIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE y APELLIDOS** | **PUESTO DE TRABAJO** |
|  |  |

**3.2. LUGAR DE CELEBRACIÓN DE LA ACTIVIDAD:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominación del centro, edificio o institución sede de la actividad: |  |
| Dirección: |  |
| Municipio: |  |
| Provincia: |  |
| Código Postal: |  |

**3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD:**

|  |  |
| --- | --- |
| PRESENCIAL |  |
| NO PRESENCIAL |  |
| MIXTA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| EVENTO CIENTÍFICO |  |
| LIBRO u OTRAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS |  |
| DOCUMENTOS DIVULGATIVOS  (folletos, recomendaciones, etc.) |  |
| ACTIVIDADES ONLINE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nº máximo de alumnos: |  |
| Nº total horas \*: |  |
| Fecha de inicio: |  |
| Fecha de finalización: |  |

**(**Deberán indicarse las horas efectivas de la actividad. No incluye descansos)

**4.- PATROCINADORES**

Al cumplimentar la tabla: Escriba, en la única zona sombreada de cada celdilla, la totalidad de los datos de la columna correspondiente, administrando los espacios necesarios para que la composición y lectura de la tabla sea clara.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIF** | **NOMBRE** | **PÚBLICO PRIVADO / OTROS** |
|  |  |  |

**Información Adicional:**

**FECHA DE REMISIÓN DE LA SOLICITUD: ……………..**

**FIRMA DEL DIRECTOR(ES) DOCENTES RESPONSABLE/S DE LA ACTIVIDAD**

……………………………………………………………………………………………….

**He leído y acepto las normas de solicitud para el aval social de la SEHH**

**DATOS FISCALES PARA LA EMISIÓN DE LA FACTURA (EN CASO DE QUE PROCEDA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZÓN FISCAL** |  |
| **CIF** |  |
| **DIRECCIÓN FISCAL (incluir código postal, población y provincia)** |  |
| **PERSONA CONTACTO** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **EMAIL** |  |

**Las solicitudes, junto con el programa de la actividad,**

**deben dirigirse por correo electrónico a:**

**Secretaría Técnica**

[sehh@sehh.es](mailto:sehh@sehh.es)

### **Cláusula informativa**

### Los datos personales facilitados voluntariamente por usted, a través del presente formulario web serán tratados, por FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA como responsable del tratamiento, con la finalidad de atender su solicitud, consulta, queja o sugerencia, sin que se produzca comunicaciones o cesiones de datos y conservados durante los plazos necesarios para atender su solicitud. Puede usted ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, dirigiéndose a Calle Aravaca, 12, 1ºB, 28040 Madrid. Para más información al respecto, puede consultar nuestra Política de Privacidad en www.sehh.es