A rellenar sólo por la Organización

Nº Exp. _____

Fecha _____

☐ TRANSFERENCIA
☐ AUTOBAREMACION
☐ DOCUMENTACION

HOJA DE AUTOBAREMACION

DATOS PERSONALES:

Nombre .....Apellidos .....
Dirección .....Código Postal .....
Localidad/Provincia .....Tel. .....
Centro de Trabajo .....Tel. .....
.....Tel. Móvil.....
D.N.I.:.....Fecha de Nacimiento.....
EMAIL:.....
Socio SEMES ☐ NO ☐ SI Nº .....

1.- ACTIVIDAD PROFESIONAL.

1.1.- .....meses x 0,8 puntos ..... puntos.
1.2.- .....meses x 0,8 puntos ..... puntos.
1.3.- .....nº horas. Dividir entre 156 = ... x 0,8 puntos..... puntos.
1.4.- .....años x 1 punto **(máx. 5 puntos)**..... puntos.

APARTADO 1. PUNTUACION TOTAL ..... PUNTOS.
(MAXIMO 60 PUNTOS)

2.- ACTIVIDAD ACADEMICA Y DOCENTE.

2.1.- Grado de Licenciado..... puntos.
2.2.- Licenciatura..... puntos.
2.3.- Doctorado completado..... puntos.
2.4.- Título de Doctor..... puntos.
2.5.-..... horas = ... créditos x 0,2 **(máx. 15 puntos)**..... puntos.
2.6.- Título de Especialista en ..... puntos.
Certificado Oficial Médico Generalista ..... puntos.
2.7.-..... puntos.
2.8.-..... puntos.
2.9.-..... puntos.
2.10.- .....horas x 0,25 puntos **(máx. 5 puntos)**..... puntos.
2.11.- .....horas x 0,5 puntos **(máx. 5 puntos)**..... puntos.
2.12.- .....cursos (> 10 horas) x 0,5 puntos..... puntos.
2.13.- .....créditos x 0,2 puntos **(máx. 15 puntos)**..... puntos.

APARTADO 2. PUNTUACION TOTAL ..... PUNTOS.
(MAXIMO 20 PUNTOS)

3.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA.

3.1.- ..... puntos.
3.2.- ..... puntos.
3.3.- .....Comunicaciones a Congresos..... puntos.
3.4.- .....Ponencias x 0,5 puntos..... puntos.
3.5.- ..... puntos.
3.6.- .....Becas x 2 puntos..... puntos.
3.7.- .....Premios..... puntos.

APARTADO 3. PUNTUACION TOTAL ..... PUNTOS.
(MAXIMO 15 PUNTOS)

4.- OTRAS ACTIVIDADES

4.1.- ..... puntos.
4.2.- Participación SEMES Comités, etc..... x 2 puntos ..... puntos.
4.3.- .....Congresos x 0,1 puntos ..... puntos.
4.4.- .....Otras actividades x 1 punto **(máx. 3 puntos)**..... puntos.

APARTADO 4. PUNTUACION TOTAL ..... PUNTOS.
(MAXIMO 5 PUNTOS)

5.- PUNTUACION TOTAL (1 + 2 + 3 + 4) ..... PUNTOS.

El abajo firmante declara que **ACEPTA LAS BASES DEL CME** detalladas en el folleto explicativo y que la puntuación aportada en la autobaremación es cierta, enviando los oportunos justificantes.

Firmado:

En ..... , a ..... de..... de 20.....

CERTIFICADO DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS • CME • SEMES •

H O J A D E E V A L U A C I O N

A RELLENAR SOLO POR LA ORGANIZACION

1ª REVISION	2ª REVISION	3ª REVISION
1.-A. P OBSERVACION	1.-A. P OBSERVACION	1.-A. P OBSERVACION
1.1.- ..... 1.2.- ..... 1.3.- 1.4.-	1.1.- ..... 1.2.- ..... 1.3.- 1.4.-	1.1.- ..... 1.2.- ..... 1.3.- ..... 1.4.- .....
TOTAL	TOTAL	TOTAL .....
2.-A. A.	2.-A. A.	2.-A. A.
2.1.- ..... 2.2.- ..... 2.3.- ..... 2.4.- ..... 2.5.- ..... 2.6.- ..... 2.7.- ..... 2.8.- ..... 2.9.- ..... 2.10- ..... 2.11.- ..... 2.12.- 2.13.-	2.1.- ..... 2.2.- ..... 2.3.- ..... 2.4.- ..... 2.5.- ..... 2.6.- ..... 2.7.- ..... 2.8.- ..... 2.9.- ..... 2.10- ..... 2.11.- ..... 2.12.- 2.13.-	2.1.- ..... 2.2.- ..... 2.3.- ..... 2.4.- ..... 2.5.- ..... 2.6.- ..... 2.7.- ..... 2.8.- ..... 2.9.- ..... 2.10- ..... 2.11.- ..... 2.12.- ..... 2.13.- .....
TOTAL	TOTAL	TOTAL .....
3.- A. I	3.- A. I	3.- A. I
3.1.- ..... 3.2.- ..... 3.3.- ..... 3.4.- ..... 3.5.- ..... 3.6.- 3.7.-	3.1.- ..... 3.2.- ..... 3.3.- ..... 3.4.- ..... 3.5.- ..... 3.6.- 3.7.-	3.1.- ..... 3.2.- ..... 3.3.- ..... 3.4.- ..... 3.5.- ..... 3.6.- ..... 3.7.- .....
TOTAL	TOTAL	TOTAL .....
4.- O. A	4.- O. A	4.- O. A
4.1.- ..... 4.2.- ..... 4.3.- 4.4.-	4.1.- ..... 4.2.- ..... 4.3.- 4.4.-	4.1.- ..... 4.2.- ..... 4.3.- ..... 4.4.- .....
TOTAL	TOTAL	TOTAL .....
PUNTUACION FINAL:	PUNTUACION FINAL:	PUNTUACION FINAL:
☐ ACEPTADA ☐ DENEGADA ☐ DEBE ACREDITAR	☐ ACEPTADA ☐ DENEGADA ☐ DEBE ACREDITAR	☐ ACEPTADA ☐ DENEGADA ☐ DEBE ACREDITAR
OBSERVACIONES:	**OBSERVACIONES:**	**OBSERVACIONES:**
FECHA: **FIRMADO:**	**FECHA:** **FIRMADO:**	**FECHA:** **FIRMADO:**