REPÚBLICA DE CUBA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  CIEGO DE AVILA | | INFORME FINAL  DE LA ACTIVIDAD | | CR-03 |
| Curso académico: 2023/2024 Libro No. Folio No. | | | | |
| Tipo de actividad: CURSO | | | | |
| Título: | | | | |
| CEMS que la ejecuto: FCM sede: VIRTUAL | | | | |
| Nivel de ejecución: Provincial No. De horas impartidas: | | | | |
| Participantes: Fecha de inicio Fecha de terminación: | | | | |
| No. de créditos a otorgar a los cursistas : 1 | | | | |
|  | | | | |
| PROFESORES QUE IMPARTIERON LA ACTIVIDAD | | | | |
| No. | Nombres y Apellidos | Carné  de  identidad | No. de horas  impartidas en  docencia | No. de  créditos  otorgados |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Relación de los cursistas con evaluación satisfactoria

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Nombre y apellidos | Carne de  identidad | Procedencia | Esp. | Eval |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |

Certifico: La veracidad de los datos expresados en este informe final

Coordinador o Profesor Principal:

Nombre y apellidos: MSc

Fecha: Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vto Bno. Dr. (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_