

CONTACTO

- ☐ Movement+Wellness: 691214322.
- ☐ Mail: info@movewell.org

DOCUMENTOS
A
ENTREGAR

La entrega de documentos deberá realizarse durante el periodo de preinscripción:

- ✓ Impresos de inscripción (I-01, I-02) que aparecen en las siguientes páginas ya firmados. Dos fotocopias del D.N.I.
- ✓ Ingreso del curso. concepto: nombre alumno_svb
Caixa Catalunya, Avd/ del Puerto, nº2, Cádiz.
Nº cuenta: 2013-1550-81-0200214250

LUGAR DEL CURSO Y HORARIO	✓ El lugar del curso: Complejo Ciudad de Cádiz.(Cádiz). ✓ El horario será miércoles y jueves (20-21 Febrero) de 16 a 20 horas.
HORAS	8 horas presenciales y 16 en total (presencial + online).
TÍTULO OTORGADO Y CAPACITACIÓN	✓ Nombre del título: Soporte vital Básico y DESA. ✓ Homologa: SEMICYUC (Plan Nacional de RCP). http://www.semicyuc.org/
PLAZO DE INSCRIPCIÓN Y LUGAR	A través del teléfono y correo (info@movewell.org).

CONTENIDOS DEL CURSO	1. Introducción 2. Parada Cardíaca 3. Cadena de Supervivencia 4. Soporte Vital Básico 5. Desfibrilación y DESA 6. RCP Básica 7. Heridas y Atragantamientos 8. Soporte Vital Intermedio 9. Prácticas y Simulacros.
PROFESORADO	✓ Doctorando en Medicina del Deporte. ✓ Licenciado en Ciencias de la Actividad física y el Deporte / Licenciado en Psicopedagogía / Diplomado en Enfermería. ✓ Monitor Semicyuc Soporte Vital Básico y Técnico en Emergencias Sanitarias.

DESCRIPCIÓN DE LAS PRUEBAS A SUPERAR PARA APROBAR EL CURSO

Prueba Práctica de Simulacro	Resolver satisfactoriamente uno de los simulacros propuestos.
Examen Teórico	Superar el examen teórico de los contenidos tratados.

IMPRESO DE INSCRIPCIÓN I-01

PEGAR
FOTO

NÚMERO DE REGISTRO:

A rellenar por Movement+Wellness

Fecha:			
Nombre del alumno/a:			
Apellidos:			
D.N.I.:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	
E-mail:			
Domicilio:			
Localidad:		Provincia y C.P.	
Persona de contacto en caso de accidente:	Nombre y apellidos:		
	Teléfono fijo:		Teléfono móvil:

Ocupación y lugar			
Opinión personal acerca del nivel de conocimientos poseídos acerca de este curso (entre 1-7)			
EXPERIENCIA PREVIA REFERENTE AL CURSO			

IMPRESO DE INSCRIPCIÓN I-02

PEGAR
FOTO

NÚMERO DE REGISTRO:

A rellenar por Movement+Wellness

Fecha:			
Nombre del alumno/a:			
Apellidos:			
D.N.I.:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	
E-mail:			
Domicilio:			
Localidad:		Provincia y C.P.	
Persona de contacto en caso de accidente:	Nombre y apellidos:		
	Teléfono fijo:		Teléfono móvil:

Ocupación y lugar		
Opinión personal acerca del nivel de conocimientos poseídos acerca de este curso (entre 1-7)		
EXPERIENCIA PREVIA REFERENTE AL CURSO		