

Estimados Equipos:

Como Comité de Lactancia de la Sociedad Chilena de Pediatría, siempre hemos estado disponibles para contribuir en la capacitación y actualización de los equipos de salud en múltiples lugares del país, con el propósito de fomentar y proteger la lactancia materna. Nuestra labor principal, ha sido la realización de clases lectivas, charlas y talleres prácticos actualizados.

En base a nuestra experiencia en años anteriores, **quisiéramos pedirles que las solicitudes sean realizadas con anticipación.** Esto, de manera de poder dar una respuesta efectiva a aquellos establecimientos que requieran de nuestro apoyo.

De manera concreta, les informamos que:

* Para capacitaciones a realizarse durante el **primer semestre del año 2020**, se recibirán solicitudes hasta el **martes 31 de marzo**.
* Para capacitaciones a realizarse durante el **segundo semestre del año 2020**, se recibirán solicitudes hasta el **viernes 31 de julio**.
* En ambos casos, **la solicitud deberá realizarse con mínimo 1 mes de anticipación,** al correo lactancia.sochipe@gmail.com o contacto@lactanciasochipe.cl y completando el formulario que les será enviado.

Además, se deben considerar los siguientes requisitos:

* Para contar con la participación de los integrantes del comité, se deben considerar los gastos de traslado/alimentación/hospedaje, además de honorarios, en caso de ser posible.
* Cualquier actividad en que participen miembros del comité, **no debe contar con auspicio de empresas que infrinjan el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**.

Les enviamos un saludo afectuoso y les deseamos un exitoso año 2020.

**Comité de Lactancia SOCHIPE**

|  |
| --- |
| **Formulario Solicitud Apoyo Capacitación** |
| **Datos del Establecimiento** |
| Nombre  |  |
| Comuna |  |
| Servicio de Salud |  |
| Región |  |
| Cuentan con Comité de Lactancia Materna | Sí\_ No\_ |
| **Datos de la persona responsable de la solicitud** |
| Nombre y Apellido |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| **Datos de la actividad** |
| Fecha |  |
| Duración  |  |
| Nombre |  |
| Destinatarios |  |
| Temas a tratar/Tipo de Actividad |  |
| Tiempo destinado a cada tema |  |
| ¿La actividad cuenta con algún patrocinio o auspicio? Si la respuesta es afirmativa, describir qué tipo de auspicio y la empresa relacionada | Sí\_ No\_ |