

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Enviar por correo electrónico a: formación.hscr@salud.madrid.org

CURSO: NEUROPATÍAS TRAUMÁTICAS (6ª edición)
23 y 24 de Marzo 2017

Los apartados con * es obligatorio su cumplimentación, si no es así no se admitirá la inscripción.

| | |
|---|--------------------|
| Nombre y Apellidos*: | |
| DNI*: | Télf de contacto*: |
| Centro de trabajo*: | |
| Servicio*: | |
| Puesto/Cargo*: | |
| Dirección*: | |
| Código Postal*: | Localidad*: |
| Correo electrónico*: | |
| Titulación académica*: | |
| Justificación del interés para realizar el Curso: | |
| Fecha de la solicitud. | |
| Firma del/ de la solicitante: | |

1.- La admisión al Curso se comunicará vía e-mail ó teléfono **ÚNICAMENTE** a los alumnos seleccionados.

2.- Para la obtención del **CERTIFICADO** es imprescindible la asistencia al 90% de las horas lectivas para Cursos de más de 20 horas y del 100% para Cursos de menos o igual de 20 horas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. Unidad Formación Continuada. Téf.: 91-5574565