

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSO DE PERFECCIONAMIENTO

Título curso

CP-26-004

Fecha inicio: Fecha final:

Director del curso: Servicio:

A. DATOS PERSONALES:

Nombre:

Nacionalidad: Fecha nacimiento: DNI/Pasaporte:

Titulación y/o especialidad:

Dirección postal en país de procedencia:

Centro de procedencia:

Mail: Teléfono:

B. Documentación que debe adjuntar a este formulario previa a su aceptación:

- Carta de recomendación del Centro de procedencia
- Currículum Vitae (máximo 4 páginas)
- Copia del pasaporte o documento nacional de identidad
- Copia del título de especialista
- Carta de compromiso de que homologará el título de licenciado/grado en Medicina y que se colegiará a su llegada a Barcelona

C. En el momento de su incorporación en el centro, deberá aportar:

- Título Homologado de Medicina en España
- Colegiación
- Seguro de Responsabilidad Civil Profesional (lo puede contratar en su país de origen o a su llegada a Barcelona)
- Seguro de Salud, muerte y accidentes (lo puede contratar en su país de origen o a su llegada a Barcelona)

La aceptación de esta solicitud de inscripción está condicionada a la aprobación por parte del Servicio en que realizará la formación y la aprobación por la Comisión de Evaluación de Actividades Docentes.