

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSO DE POSTGRADO CAMPUS CLINIC UB

TÍTULO FORMACIÓN:

Fecha inicio:

Fecha final:

Director del curso:

Servicio:

DATOS PERSONALES:

Nombre:

Nacionalidad:

Fecha
nacimiento:

DNI/Pasaporte:

Titulación y/o especialidad:

Dirección postal
en país de procedencia:

Centro de
procedencia:

Mail:

Teléfono:

DOCUMENTACIÓN PREMATRÍCULA

Carta de recomendación del Centro de procedencia

Currículum Vitae

Copia del pasaporte o documento nacional de identidad

Copia del título de especialista del país de origen

Documento de Homologación del título de Medicina

Observaciones:

Firma interesado

Firma Coordinador Docencia

Firma Director Curso