

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSO DE PERFECCIONAMIENTO

### Título curso

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 licenciado/especialista

### 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)

**Esta solicitud, junto con el resto de documentación, debe remitirla a [docenciaicmdm@clinic.cat](mailto:docenciaicmdm@clinic.cat)**

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.