

CP-26-006

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 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.